

第2期

上天草市健康づくり推進計画



平成25年3月
上天草市

はじめに

健やかで幸せに暮らし続けることは、誰もが望む願いです。

上天草市においても、少子高齢化が進む中、私たちを取り巻く環境は年々変化し、また健康や食に関する価値観も多様化し、生活習慣病や介護が必要な高齢者の増加が懸念されます。

そうした中、本市では、平成22年3月に「上天草市健康づくり推進計画（健康増進計画・食育推進計画）」を策定し、めざすところを“上天草市民が、病気があっても重症化せずに、楽しみや生きがいがあり、笑顔で暮らせる”、重点目標を「壮年・中年期（30～60歳）の肥満を減らす」として、様々な事業を推進しているところです。その結果、30～60歳の男性の肥満率は減少傾向となっています。



今回、これまで取組んだことを振り返り、市民の健康に関する様々なデータを分析し新たな健康課題を抽出したうえで、これらを踏まえて「第2期上天草市健康づくり推進計画」を策定し、第2期の重点目標を「特定健康診査の受診率の向上」と掲げました。

この計画は、国が「生活習慣病の発症予防と重症化予防を重視し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を目的としている「第2次健康日本21」および、「自ら食育の推進を実践し、食に関する理解を深めること」を趣旨として策定した「第2次食育推進計画」の地方計画として位置付けられています。さらに、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する「上天草市国民健康保険特定健康診査等実施計画」、上天草市の健康課題である「慢性腎臓病（CKD）予防計画書」とも一体的に策定しました。

市民の皆さまが健やかでこころ豊かに生活していくためには、1人ひとりが「自分の健康は自らつくり・守る」という自覚をもち、生涯を通じて健康づくりに取組んでいくことが大切であり、さらに地域社会全体でこうした取組みを支援していく体制づくりもたいへん重要です。

本市としては、この計画を基に市民の皆さまが健康づくりにより一層取組めるよう関係機関・市が一体となって健康な地域づくりを実施していきますので、ご理解とご協力をよろしくお願いします。

最後に、本計画の策定および推進にあたり、多大なご協力をいただきました上天草市健康づくり推進計画推進委員会、作業部会の皆さまをはじめ、関係機関各位、市民の皆さまに感謝申し上げます。

平成25年3月

上天草市長

川端祐樹

目 次

序 章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨	2
2. 計画の性格	5
3. 計画の期間	5
4. 計画の対象	5

第Ⅰ章 上天草市の概況と特性

1. 市の概要	7
2. 健康に関する概況	8
3. 市の財政状況に占める社会保障費	21

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価	23
2. 生活習慣病の予防	26
(1) がん	26
(2) 循環器疾患	32
(3) 糖尿病	40
(4) CKD（慢性腎臓病）	45
(5) 歯・口腔の健康	54
3. 生活習慣・社会環境の改善	57
(1) 食育（栄養・食生活）	57
(2) 身体活動・運動	69
(3) 飲酒	73
(4) 喫煙	76
(5) 休養	79
4. こころの健康	81
5. 目標の設定	89

特定健康診査等実施計画と重なる部分

第Ⅲ章 計画の推進

- 1. 健康増進に向けた取り組みの推進 92
 - (1) 活動展開の視点 92
 - (2) 関係機関との連携 93
- 2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 95

第Ⅳ章 第2期 上天草市国民健康保険特定健康診査等実施計画 97

第Ⅴ章 保健指導プロセス計画 115

- 高血圧の保健指導計画 116
- 糖尿病の保健指導計画 127
- 栄養・食生活の保健指導（食の学習）計画 135

<参考資料> 148

序章 計画改定にあたって

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨

平成 12 年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本 21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取り組みが推進されてきました。

今回、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本 21(第二次))」(以下「国民運動」という。)では、21 世紀の日本を『急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合が約 3 割となる中で、高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、疾病による負担が極めて大きな社会になる』と捉え、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取り組みを推進するために、下記の 5 つの基本的な方向が示されました。

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD の予防)
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

また、これらの基本的な方向を達成するため、53 項目について、現状の数値とおおむね 10 年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を大臣告示として示すことになりました。

上天草市では平成 22 年 3 月に、「健康日本 21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、上天草市の特徴や、市民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた健康増進計画と、食育基本法に基づき上天草市の特性を生かした食育の取り組みを推進する食育推進計画を合わせた「上天草市健康づくり推進計画」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、別表 1 のように考え、これまでの取り組みの評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、「第 2 期上天草市健康づくり推進計画」を策定します。

参考 基本的な方向の概略

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

(2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD(慢性閉塞性肺疾患)に対処するため、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

国際的にも、これらの疾患は重要な NCD(Non Communicable Disease)として対策が講じられている。

*NCD について

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾患(NCD)は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、共通する危険因子(主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒)を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関(WHO)では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合で NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

今後、WHO において、NCD の予防のための世界的な目標を設定し、世界全体で NCD 予防の達成を図っていくこととされている。

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民が主体的に行うことができる健康増進の取組を総合的に支援していく環境の整備。

(5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小
① 健康寿命の延伸
② 健康格差の縮小

(3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

(5)栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

(4)健康を支え、守るための社会環境の整備

「健康日本21(第二次)」の基本的方向性と目標項目
「乳幼児から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える」

○ 目標項目 (53項目)

	次世代の健康					高齢者の健康		死亡	
	胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳		
生活習慣病の予防	がん	①-1がん検診の受診率の向上(子宮頸がん)			①-2がん検診の受診率の向上(胃・肺・大腸・乳がん)		③75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少		
	循環器疾患						③高血圧の改善 ④脂質異常症の減少	⑤脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	
	糖尿病						①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		
	歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		②過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 ③歯周病を有する者の割合の減少		④歯の喪失防止 ⑤口腔機能の維持・向上			
生活習慣・社会環境の改善(NCDRリスクの低減等)	栄養・食生活	②適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ③適正体重の子どもの増加 ⑤食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 ⑦共食の増加 ⑧利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加			⑥適切な量と質の食事をとる者の増加		④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制		
	身体活動・運動	①健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加					②住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 ③日常生活における歩数の増加 ④運動習慣者の割合の増加		⑤介護保険サービス利用者の増加の抑制 ⑥足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 ⑦就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 ⑧ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加
	飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす		②未成年者の飲酒をなくす		③生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少			
	喫煙	①妊娠中の喫煙をなくす ②受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		③未成年者の喫煙をなくす		④成人の喫煙率の減少	⑤COPDの認知度の向上		
	休養						①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少		
	こころの健康	①小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加			④認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □自殺者の減少		
	個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり	①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 ④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加							

2. 計画の性格

この計画は、「上天草市総合計画」を上位計画とし、市民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する「上天草市国民健康保険特定健康診査等実施計画」と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

また、前回同様「食育基本法」に基づく「食育推進計画」、さらに「慢性腎臓病（CKD）予防に向けた計画書」とも一体的に策定します。

同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとし、（表1）

表1

法 律	熊本県が策定した計画	上天草市が策定した計画
健康増進法	くまもと21ヘルスプラン	上天草市健康づくり推進計画
次世代育成対策推進法	熊本県次世代育成支援（後期）行動計画	上天草市次世代育成支援（後期）行動計画
食育基本法	熊本県食育推進計画	上天草市健康づくり推進計画
高齢者の医療の確保に関する法律	熊本県医療費適正化計画	上天草市国民健康保険特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	熊本県がん対策推進計画	
歯科口腔保健の推進に関する法律	熊本県歯科保健医療計画	
介護保険法	長寿・安心・くまもとプラン	上天草市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画

3. 計画の期間

この計画の目標年次は平成34年度とし、計画の期間は平成25年度から平成34年度までの10年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

4. 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた健康増進の取り組みを推進するため、全市民を対象とします。

第 I 章 上天草市の概況と特性

第1章 上天草市の概況と特性

1. 市の概要

(1) 位置

上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、天草地域に浮かぶ大矢野島、天草上島、その他の島々からなっています。

(2) 地理・地形

東西 15 km、南北 28 kmあり、面積は 126 km²を有します。内訳は山林 60.8%、田畑 12.3%、宅地 5.2%となっていて、大部分は急峻な山ひだが海岸線まで迫り、全体的には平坦地が少ない地勢です。その中であって、大矢野島は比較的傾斜が緩やかな丘陵地が多く、花卉栽培や酪農が行われており、また、各地域を流れる河川の周辺には水田が広がっています。市のほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれ、日本三大松島の一つに挙げられる松島の風景や、龍ヶ岳をはじめとする九州自然歩道（観海アルプス）からの眺望など、景勝地として、四季折々に美しい表情を見せています。

(3) 気候

本市の気候は、典型的な西海型気候で、降雪はほとんどなく、海岸部の一部は無霜地帯となっています。年間を通して比較的温暖多雨な気候を有しているところから、果樹や花卉の栽培が盛んに行われています。

(4) 沿革

本市は、平成 16 年 3 月 31 日に 4 町（大矢野町・松島町・姫戸町・龍ヶ岳町）が合併して新市として新たなスタートを切り、上天草市総合計画に基づき、まちづくりを進めています。

2. 健康に関する概況 (表1)

表1 市の健康に関する概況

項目		全国		熊本県		上天草市					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合				
1	人口構成 H22年 国勢調査	総人口	128,057,352人		1,817,426人		29,902人				
		0~14歳	16,803,444人	13.2%	249,606人	13.8%	3,699人	12.4%			
		15~64歳	81,031,800人	63.8%	1,093,440人	60.5%	15,868人	53.1%			
		65歳以上 (再掲)75歳以上	29,245,685人 14,072,210人	23.0% 11.1%	463,266人 253,926人	25.6% 14.1%	9,742人 5,726人	32.6% 19.1%			
2	死亡 H22年 人口動態統計	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	死亡原因	人数	死亡率 (10万対)			
		1位 75歳未満の 年齢調整死亡率	悪性新生物	279.7 84.3	悪性新生物	294.2 79.3	悪性新生物 (粗死亡率)	111人	372.4		
		2位 虚血性心疾患 年齢調整死亡率	心疾患	149.8 男性:36.9 女性:15.3	心疾患	163.6 男性:13.5 女性:5.4	心疾患 (粗死亡率)	72人	241.6		
		3位 年齢調整死亡率	脳血管疾患	97.7 男性:49.5 女性:26.9	肺炎	112.5	脳血管疾患 (粗死亡率)	47人	157.7		
		4位 年齢調整死亡率	肺炎	94.1	脳血管疾患	106.1 男性:45.5 女性:24.7	肺炎	44人	147.6		
		5位	老衰	35.9	老衰	42.6	老衰	34人	114.1		
		7位	自殺	23.4	自殺	24.9	自殺	10人	33.6		
	早世子防からみた死亡 (64歳以下)	合計	176,549人	14.7%	2,448人	12.7%	57人	11.9%			
	H22年 人口動態調査	男性	110,065人	18.9%	1,634人	16.9%	44人	18.6%			
		女性	56,584人	10.0%	814人	8.5%	13人	5.4%			
3	介護保険 H21年度 介護保険事業状況報告	要介護認定者	4,845,942人		86,592人		1,899人				
		1号被保険者の認定 (1号被保険者認定率)	4,696,384人	16.2%	84,240人	18.2%	1,851人	18.6%			
		2号被保険者の認定 (2号被保険者認定率)	149,558人	0.35%	2,352人	0.39%	48人	0.46%			
		1人あたり介護給付費 (1人あたり介護給付費)	224,695円		246,002円		250,960円	13位			
	介護給付費総額 (介護給付費総額)	6,497,534,382,000円		113,692,900,000円	17位	2,444,854,581円					
4	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告書	加入者	14,059,915人		255,304人		6,113人				
		1人あたり医療費	904,795円		988,639円	全国 12位	1,044,893円	県内 5位			
		医療費総額(概算)	12,721,335,977,000円		252,403,981円		6,387,431,805円				
5	医療 国民健康保険中央会 平成22年度	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
		うち65~74歳	11,212,950人	31.1%	162,354人	29.6%	3,230人	27.8%			
		一般	34,183,408人	94.8%	517,608人	94.5%	10,916人	94.0%			
		退職	1,875,252人	5.2%	30,166人	5.5%	695人	6.0%			
		加入率	28.4	%	30.1	%	39.1%	%			
	医療費 医療費:1人あたり医療費 ×各被保険者数による 概算	医療費総額 (概算)	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	県内順位		
一般	10,452,864,654,100円	289,885円	178,807,705,558円	326,426円	3,919,872,089円	337,600円	14位				
退職	9,755,910,459,792円	265,399円	166,351,545,348円	321,385円	3,614,499,260円	331,119円	16位				
	696,961,784,076円	371,663円	12,456,160,210円	412,921円	305,372,829円	439,385円	10位				
平成23年5月	医療	治療者数	治療者数	全受診者に 占める割合	治療者数	全受診者に 占める割合	治療者数	全受診者に 占める割合			
		虚血性心疾患	300,350	1.1	0.8	4,142	0.75	106	0.94		
		脳血管疾患	385,902	1.5	1.1	4,743	1.00	79	0.68		
		脂質異常症				17,142	3.09	397	3.44		
		糖尿病	1,177,727	4.5	3.3	21,121	3.80	506	4.38		
		高血圧症	3,495,750	13.2	9.8	68,791	12.40	1,557	13.48		
人工透析				2,111	0.39	45	0.39				
6	特定健診 H22年度 市町村国保 実施状況調査	受診者数	7,169,761人		112,166人		1,718人				
		受診率	32.0%		32.4%	26位	22.9%	県内43位			
		特定保健指導終了者 実施率	198,778人		5,047人		149人				
			20.8%		30.4%	13位	52.7%	県内8位			
7	出生 H22 人口動態調査	出生数	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
		低体重児 (2,500g未満)	1,071,304人	8.5	(出生千対)	16246人	9.0	(出生千対)	210人	7.0	(出生千対)
		極低体重児 (1,500g未満)	103,049人	9.62	(出生千対)	1508人	9.28	(出生千対)	18人	8.6	(出生千対)
			8,086人	0.75	(出生千対)	136人	0.84	(出生千対)	1人	0.5	(出生千対)

国・県と比較し問題となるもの

9月現在

(1) 人口構成

上天草市の人口構成を全国、熊本県と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や熊本県より高くなっています。

上天草市の人口(国勢調査)は、平成17年には32,502人でしたが、平成22年には29,902人となり減少傾向にあります。

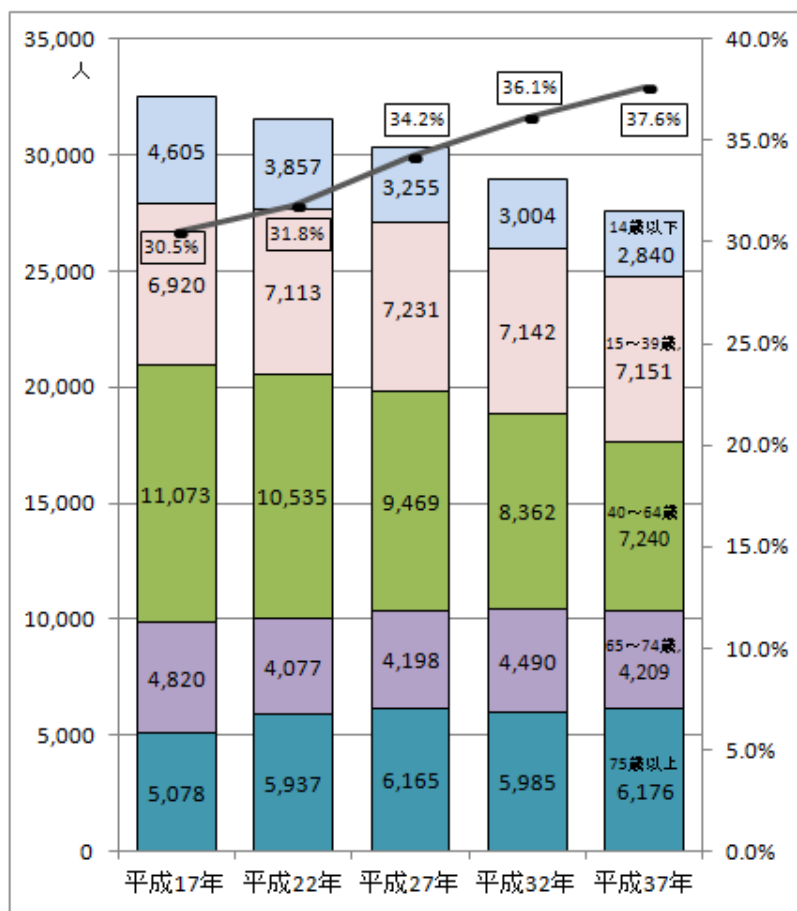
人口構成は、64歳以下人口が平成17年から平成22年までの5年間に、2,589人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間ではほぼ横ばい状態です。

高齢化率は、平成17年には30.5%でしたが、平成22年には32.6%となり、5年間で2.1ポイント高くなっており、全国(23.0%)や熊本県(25.6%)に比べて高齢化が進展しています。

生産年齢人口(15歳～64歳)・年少人口(0歳～14歳)ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。

今後はさらにその傾向が強まると予測されます。(図1)

図1 人口の推移と推計(平成20年12月推計)



資料：平成17年、平成22年、平成27年、平成32年、平成37年

国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口(平成20年12月推計)』

(2) 死亡

上天草市では、75歳未満の年齢調整死亡率の算出ができないため、国および熊本県との比較はできませんが、主要死因の変化をみると悪性新生物、虚血性心疾患では65歳未満の死亡率は減少しましたが、脳血管疾患による死亡率は6倍も増加しています。また、平成18年は生活習慣病の悪性新生物、虚血性心疾患、脳血管疾患で35.5%を占めていましたが、平成22年は39.7%と上昇し全体のおおよそ4割を占めています。

(表2)

高齢化の進展に伴い、肺炎及び老衰での死亡割合が上昇しています。

自殺による死亡率も、全国や熊本県より高くなっています。(表1)

早世(64歳以下)死亡の割合については、平成17年との比較では女性は大きく減少、男性はほぼ横ばいで全国の中では高い位置にあります。(表3)

表2 上天草市の主要死因の変化

年度	平成18年				平成22年				
	人口	死亡者総数	死亡率		人口	死亡者総数	死亡率		
全体	31,761	410	1290.9		29,804	477	1600.0		
死亡原因	悪性新生物				悪性新生物				
	1位	死亡者数	死亡率	65歳未満の比率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	65歳未満の比率	全死亡に占める割合
		106	333.7	17.5	25.9	111	372.4	14.4	23.2
	心疾患				心疾患				
	2位	死亡者数	死亡率	65歳未満の比率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	65歳未満の比率	全死亡に占める割合
		58	182.6	15.9	14.1	72	241.6	12.5	15.1
	肺炎				脳血管疾患				
	3位	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	65歳未満の比率	全死亡に占める割合
		52	163.7	12.7		47	157.7	12.8	9.9
	脳血管疾患				肺炎				
	4位	死亡者数	死亡率	65歳未満の比率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	
		40	125.9	2.1	9.8	44	147.6	9.2	
	不慮の事故				老衰				
	5位	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合	
	19	59.8	4.6		34	114.1	7.1		
自殺				自殺					
7位	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合		死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合		
	16	50.4	3.9		10	33.6	2.1		

表3 65歳未満死亡の割合（都道府県順位）

順位	総 数				男 性				女 性				順位
	H17年		H22年		H17年		H22年		H17年		H22年		
1	沖 縄	22.9	沖 縄	20.9	沖 縄	29.9	沖 縄	27.5	埼 玉	16.8	沖 縄	13.3	1
2	埼 玉	22.5	埼 玉	18.2	埼 玉	27.0	埼 玉	22.2	神奈川	15.7	埼 玉	13.2	2
3	神奈川	21.5	千 葉	16.9	大 阪	26.4	千 葉	21.0	千 葉	15.6	神奈川	12.3	3
4	大 阪	21.4	神奈川	16.8	千 葉	26.0	大 阪	20.9	大 阪	15.4	千 葉	12.1	4
5	千 葉	21.4	大 阪	16.7	神奈川	25.9	東 京	20.7	沖 縄	15.0	大 阪	11.7	5
6	東 京	19.7	東 京	16.4	青 森	24.6	青 森	20.5	北 海 道	14.2	北 海 道	11.7	6
7	愛 知	19.6	青 森	15.9	東 京	24.6	神奈川	20.4	愛 知	13.8	東 京	11.4	7
8	北 海 道	19.0	愛 知	15.7	愛 知	24.5	茨 城	20.0	東 京	13.7	愛 知	11.1	8
9	青 森	19.0	北 海 道	15.7	福 岡	23.8	栃 木	19.9	兵 庫	12.8	青 森	10.6	9
10	福 岡	18.4	茨 城	15.5	栃 木	23.1	福 岡	19.6	茨 城	12.7	栃 木	10.4	10
11	茨 城	18.3	栃 木	15.4	兵 庫	22.9	愛 知	19.5	★全国	12.4	茨 城	10.3	11
12	兵 庫	18.2	福 岡	15.1	北 海 道	22.9	北 海 道	19.1	静 岡	12.4	福 岡	10.2	12
13	★全国	18.0	★全国	14.8	栃 木	22.8	★全国	18.9	奈 良	12.4	★全国	10.0	13
14	栃 木	18.0	兵 庫	14.6	宮 城	22.7	宮 城	18.8	福 岡	12.4	兵 庫	10.0	14
15	宮 城	17.8	群 馬	14.2	★全国	22.7	兵 庫	18.7	栃 木	12.3	静 岡	9.7	15
16	静 岡	17.3	宮 城	14.1	奈 良	21.6	長 崎	18.6	青 森	12.1	奈 良	9.7	16
17	奈 良	17.3	長 崎	13.8	群 馬	21.6	上天草市	18.6	滋 賀	12.1	滋 賀	9.5	17
18	群 馬	16.9	京 都	13.8	鳥 取	21.5	群 馬	18.5	岐 阜	11.9	群 馬	9.5	18
19	滋 賀	16.7	石 川	13.8	静 岡	21.4	京 都	18.2	宮 城	11.9	京 都	9.3	19
20	京 都	16.6	静 岡	13.8	京 都	21.3	愛 媛	18.1	群 馬	11.6	石 川	9.2	20
21	広 島	16.5	滋 賀	13.7	長 崎	21.2	広 島	18.1	京 都	11.6	宮 崎	9.0	21
22	石 川	16.3	広 島	13.6	滋 賀	21.0	石 川	18.0	石 川	11.5	岩 手	8.9	22
23	岐 阜	16.3	愛 媛	13.6	広 島	20.8	福 島	18.0	広 島	11.4	宮 城	8.9	23
24	長 崎	16.2	岩 手	13.5	石 川	20.7	山 梨	17.8	長 崎	10.7	岐 阜	8.9	24
25	鳥 取	15.8	山 梨	13.4	高 知	20.6	岩 手	17.7	宮 崎	10.6	長 崎	8.9	25
26	宮 崎	15.7	福 島	13.3	宮 崎	20.5	滋 賀	17.7	愛 媛	10.6	広 島	8.8	26
27	岩 手	15.7	宮 崎	13.3	愛 媛	20.2	宮 崎	17.6	岩 手	10.5	愛 媛	8.7	27
28	高 知	15.7	奈 良	13.0	徳 島	20.2	鹿 児 島	17.5	三 重	10.5	三 重	8.7	28
29	愛 媛	15.6	岐 阜	13.0	岩 手	20.2	静 岡	17.5	富 山	10.4	和 歌 山	8.6	29
30	福 島	15.5	佐 賀	12.9	佐 賀	20.0	高 知	17.3	福 井	10.4	山 口	8.6	30
31	富 山	15.4	三 重	12.8	岐 阜	20.0	秋 田	17.1	和 歌 山	10.3	佐 賀	8.6	31
32	三 重	15.3	鳥 取	12.8	福 島	19.9	鳥 取	17.0	高 知	10.2	鳥 取	8.5	32
33	山 梨	15.3	熊 本	12.7	鹿 児 島	19.9	徳 島	17.0	福 島	10.1	山 梨	8.5	33
34	和 歌 山	15.2	鹿 児 島	12.7	富 山	19.9	佐 賀	17.0	山 口	10.1	熊 本	8.5	34
35	佐 賀	15.2	秋 田	12.7	山 梨	19.9	熊 本	16.9	山 梨	10.0	福 島	8.2	35
36	山 口	15.1	和 歌 山	12.6	和 歌 山	19.8	岡 山	16.8	佐 賀	10.0	香 川	8.2	36
37	秋 田	14.9	香 川	12.5	三 重	19.7	三 重	16.7	熊 本	9.8	富 山	8.2	37
38	徳 島	14.8	岡 山	12.5	山 口	19.6	岐 阜	16.6	秋 田	9.8	鹿 児 島	8.0	38
39	岡 山	14.7	高 知	12.4	岡 山	19.5	香 川	16.6	上天草市	9.6	秋 田	7.9	39
40	鹿 児 島	14.6	福 島	12.4	秋 田	19.4	新 潟	16.6	岡 山	9.4	岡 山	7.9	40
41	新 潟	14.5	山 口	12.4	新 潟	19.3	和 歌 山	16.4	大 分	9.4	福 井	7.8	41
42	大 分	14.4	富 山	12.3	大 分	19.1	大 分	16.2	香 川	9.2	大 分	7.8	42
43	上天草市	14.4	新 潟	12.1	香 川	18.9	富 山	16.2	長 野	9.2	徳 島	7.5	43
44	香 川	14.3	大 分	12.1	上天草市	18.8	奈 良	16.0	鳥 取	9.2	高 知	7.4	44
45	福 井	14.3	上天草市	11.9	熊 本	18.3	山 口	15.9	鹿 児 島	9.1	山 形	7.4	45
46	熊 本	14.2	福 井	11.4	福 井	18.0	島 根	15.1	徳 島	9.1	新 潟	7.4	46
47	長 野	13.6	山 形	11.0	山 形	17.6	福 井	14.8	新 潟	9.0	長 野	7.1	47
48	山 形	13.3	島 根	10.8	長 野	17.5	山 形	14.4	山 形	8.5	島 根	6.5	48
49	島 根	13.1	長 野	10.7	島 根	17.5	長 野	14.2	島 根	8.1	上天草市	5.4	49

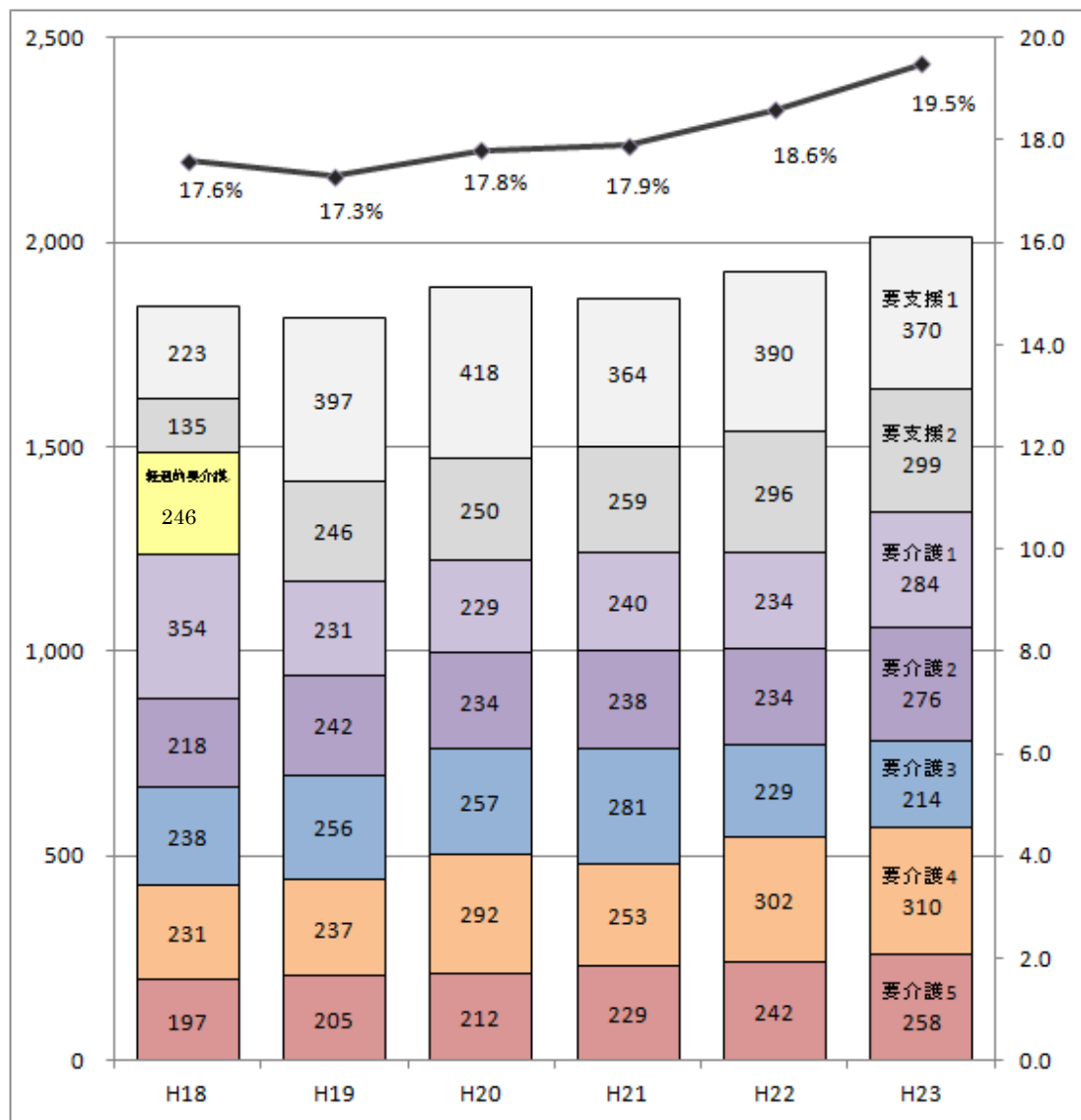
平成 17 年 平成 22 年人口動態調査

(3) 介護保険

上天草市の介護保険の認定率は、第1号被保険者及び第2号被保険者ともに、全国より高くなっています。(表1)

上天草市の平成23年9月末の要介護(支援)認定者数は、2,011人であり、平成18年9月末の1,842人と比べて、169人、9.1%増加しています。(図2)

図2 要介護(支援)認定者数の推移



各年度9月末現在

介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると上天草市では、熊本県、全国に比べて要介護3・4・5の重度認定者の割合が高くなっています。

また、第2号被保険者の認定者も重度認定者の割合が熊本県、全国よりも高くなっています。（表4）

表4 要介護（要支援）度別認定者数（H21年度末現在）

総数

		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
上天草市	人数	1,815	355	248	239	232	1,074	275	248	218	741
	%	100.0%	19.6%	13.7%	13.2%	12.8%	59.2%	15.2%	13.7%	12.0%	40.8%
熊本県	人数	86,592	12,198	12,318	16,421	13,670	54,607	11,451	10,701	9,833	31,985
	%	100.0%	14.1%	14.2%	19.0%	15.8%	63.1%	13.2%	12.4%	11.4%	36.9%
全国	人数	4,845,942	601,391	650,651	847,117	848,961	2,948,120	712,604	625,961	559,257	1,897,822
	%	100.0%	12.4%	13.4%	17.5%	17.5%	60.8%	14.7%	12.9%	11.5%	39.2%

※上天草市はH21年9月末現在

第2号被保険者

		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
上天草市	人数	49	9	11	1	6	27	6	5	11	22
	%	100.0%	18.4%	22.4%	2.0%	12.2%	55.1%	12.2%	10.2%	22.4%	44.9%
熊本県	人数	2,352	207	384	404	496	1,491	324	243	294	861
	%	100.0%	8.8%	16.3%	17.2%	21.1%	63.4%	13.8%	10.3%	12.5%	36.6%
全国	人数	149,558	10,321	19,899	22,096	33,420	85,736	24,206	18,529	21,087	63,822
	%	100.0%	6.9%	13.3%	14.8%	22.3%	57.3%	16.2%	12.4%	14.1%	42.7%

※上天草市はH21年9月末現在

図4 第2号被保険者要介護（支援）認定者の推移

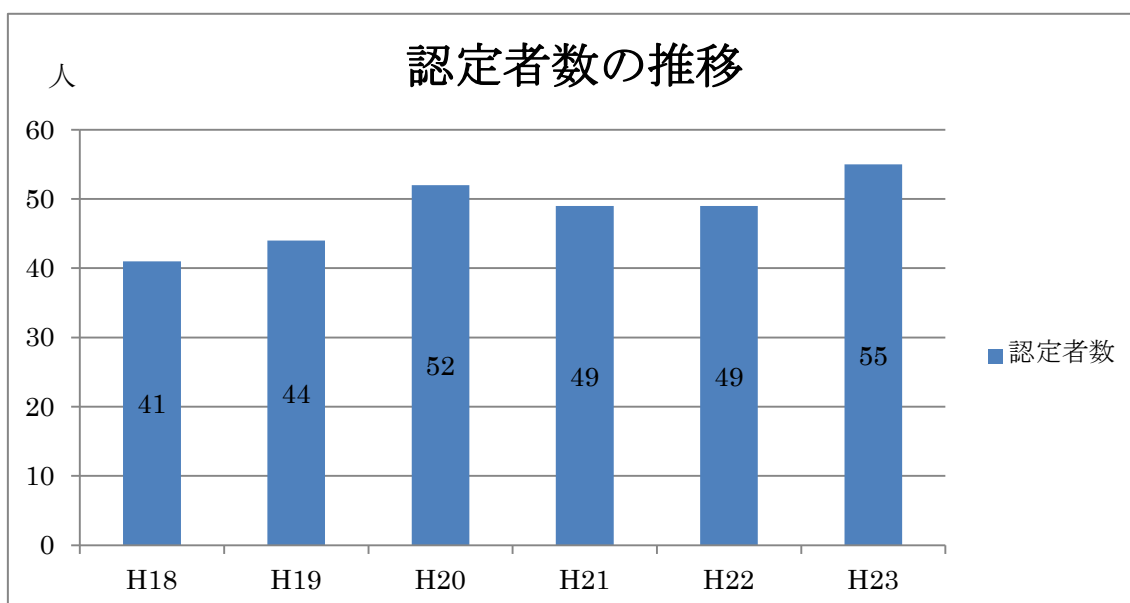


表5 平成22年度第2号被保険者要介護（支援）認定者の原因疾患

疾患	人数	割合
脳血管疾患	29	59.2
認知症	5	10.2
運動器	5	10.2
脊髄小脳変性症	4	8.2
パーキンソン病関連	3	6.1
その他	3	6.1
計	49	100

第2号被保険者要介護認定者は、平成18年は41名、平成23年は55名と増加しています。（図4）

平成22年度第2号被保険者要介護認定者の原因は、脳血管疾患が約6割を占めています。（表5）

(4) 後期高齢者医療

上天草市の後期高齢者の一人あたりの医療費は、1,044,893 円で全国や熊本県と比較して、非常に高く県内でも上位にあります。

(5) 国保

上天草市の国民健康保険加入者は、全国や熊本県と比較して、加入率が高くなっています。

また、加入者のうち、前期高齢者(64 歳～74 歳)の占める割合は全国や熊本県と比べて低く、65 歳未満の加入率が高い状況です。

上天草市は虚血性心疾患や脳血管疾患の死亡率、64 歳以下の男性の死亡率も高くなっており、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

上天草市の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般及び退職ともに、全国や熊本県と比較して高く、特に全国の 289,885 円より 47,715 円も高い状況です。また、一般と比較して退職の状況が悪いことは、他の医療保険者による健康診査及び保健指導のあり方について、状況を把握していく必要があります。

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、ほとんどの疾患で全国、熊本県より高く、このことが、医療費の高さにつながっていると考えられます。

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成 22 年度の法定報告では、受診率は 22.9%で全国、熊本県と比較して非常に低い状況です。このことは疾病の早期発見の遅れ・重症化につながるため本市の大きな課題となっています。保健指導実施率は 52.7%で、国、県より高くなっています。

特定健康診査受診率の推移(平成 20 年度～23 年度)をみると、4 年連続受診者はわずか 2 割と低く、1 回のみ受診が 4 割と健診受診のリピーター率が低いことも課題となっています。また、年齢階級別の受診率では男女とも 60～69 歳が最も高く、40～49 歳は 2 割を切る受診率の低さとなっています。(図 4)

特定健康診査の結果(平成 21 年度)については、メタボリックシンドローム予備群、正常～I 度高血圧、尿酸の異常率が熊本県の平均値より高くなっています。(表 5)

特定健康診査の受診回数別の結果をしてみると、初めての受診者は、全ての健診データが、継続受診者より悪い状態です。特に、BMI、腹囲、血糖についてはその差が著しく出ています。(表 6)

健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につなげることが、今後も重要だと考えます。

表5 熊本市国保における特定健康診査結果（平成21年度）

※H22.5月抽出データ

保険者名	特定健康診査			保険者名	メタボリック 該当者		保険者名	メタボリック 予備群		保険者名	HbA1c 5.2～6.0%		保険者名	HbA1c 6.1%以上		保険者名	血圧 正常高値～Ⅰ 度		保険者名	血圧 Ⅱ度～Ⅲ度		保険者名	尿蛋白 +以上		保険者名	LDL 120以上		保険者名	尿酸 7.0以上	
	対象者数	受診者数	受診率		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合
宇城市	13,262	5,227	38.8%	宇土市	337	17.1%	菊池市	513	14.6%	玉名市	3,714	72.2%	玉名市	703	13.7%	水俣市	660	50.4%	宇城市	603	11.6%	荒尾市	170	6.7%	合志市	1,785	63.4%	宇土市	225	11.4%
人吉市	7,164	2,557	35.2%	熊本市	4,552	16.7%	上天草市	269	14.0%	人吉市	1,703	66.6%	熊本市	2,388	8.7%	上天草市	909	47.3%	宇土市	225	11.4%	熊本市	1,837	5.5%	阿蘇市	1,222	59.5%	天草市	791	11.1%
玉名市	14,785	5,145	34.4%	荒尾市	412	16.2%	合志市	389	13.8%	阿蘇市	1,267	61.7%	熊本県	8,950	8.3%	八代市	3,692	46.7%	水俣市	143	10.9%	玉名市	280	5.4%	宇土市	1,159	58.7%	菊池市	378	10.8%
合志市	8,413	2,816	33.2%	宇城市	846	16.2%	玉名市	694	13.5%	菊池市	2,047	59.9%	人吉市	213	8.3%	宇城市	2,436	46.6%	八代市	834	10.6%	山鹿市	157	4.1%	玉名市	2,937	57.1%	阿蘇市	221	10.8%
菊池市	10,495	3,512	33.1%	阿蘇市	331	16.1%	荒尾市	340	13.4%	合志市	1,684	59.8%	阿蘇市	167	8.2%	玉名市	2,379	46.3%	熊本県	7,738	7.1%	熊本県	4,114	3.6%	天草市	3,995	56.1%	上天草市	199	10.4%
阿蘇市	6,175	2,054	32.9%	玉名市	814	15.8%	天草市	933	13.1%	天草市	4,120	57.9%	合志市	227	8.0%	山鹿市	1,750	45.7%	上天草市	125	6.5%	合志市	98	3.5%	山鹿市	2,115	55.2%	人吉市	258	10.1%
熊本県	353,578	108,286	31.6%	熊本県	16,995	15.7%	宇土市	254	12.9%	宇土市	1,116	56.6%	天草市	572	8.0%	宇土市	898	45.5%	熊本市	1,749	6.4%	菊池市	119	3.4%	八代市	4,358	55.2%	玉名市	507	9.9%
天草市	22,246	7,123	31.4%	菊池市	541	15.4%	宇城市	672	12.9%	熊本県	61,058	56.4%	菊池市	268	7.8%	熊本市	12,215	44.9%	玉名市	331	6.4%	八代市	241	3.1%	菊池市	1,912	54.4%	八代市	763	9.7%
山鹿市	12,277	3,831	30.7%	天草市	1,097	15.4%	水俣市	165	12.6%	熊本市	15,318	56.4%	荒尾市	190	7.5%	熊本県	47,790	44.1%	阿蘇市	124	6.1%	上天草市	58	3.0%	荒尾市	1,375	54.1%	合志市	267	9.5%
八代市	28,585	8,022	27.6%	山鹿市	583	15.2%	阿蘇市	257	12.5%	上天草市	1,021	53.2%	八代市	567	7.2%	人吉市	1,113	43.6%	山鹿市	231	6.0%	天草市	205	2.9%	宇城市	2,755	52.7%	熊本県	10,703	9.3%
宇土市	7,308	1,974	26.6%	八代市	1,192	15.1%	熊本県	13,395	12.4%	八代市	4,077	51.7%	山鹿市	259	7.0%	菊池市	1,525	43.4%	荒尾市	148	5.8%	人吉市	73	2.9%	人吉市	1,338	52.3%	山鹿市	356	9.3%
熊本市	120,165	27,192	25.0%	合志市	420	14.9%	山鹿市	469	12.2%	山鹿市	1,734	46.5%	宇土市	133	6.8%	阿蘇市	880	42.8%	菊池市	191	5.4%	宇土市	46	2.3%	熊本県	58,977	51.5%	宇城市	474	9.1%
上天草市	7,694	1,922	24.7%	人吉市	370	14.5%	八代市	936	11.9%	宇城市	2,205	42.2%	上天草市	127	6.6%	荒尾市	1,062	41.8%	人吉市	127	5.0%	阿蘇市	40	1.9%	上天草市	972	50.6%	荒尾市	224	8.8%
荒尾市	10,691	2,542	23.5%	上天草市	258	13.4%	熊本市	3,186	11.7%	水俣市	523	39.9%	宇城市	326	6.2%	合志市	1,139	40.5%	天草市	337	4.7%	宇城市	94	1.8%	水俣市	661	50.4%	熊本市	2,492	7.4%
水俣市	5,682	1,311	22.8%	水俣市	162	12.4%	人吉市	288	11.3%	荒尾市	941	37.0%	水俣市	50	3.8%	天草市	2,829	39.7%	合志市	125	4.4%	水俣市	17	1.3%	熊本市	14,857	44.4%	水俣市	96	7.3%

熊本県国保連合会主催
平成23年度腎不全及び糖尿病等対策推進検討会第1回分析学習会配布資料より

図 4 上天草市の特定健診受診率の推移（平成 20 - 23）

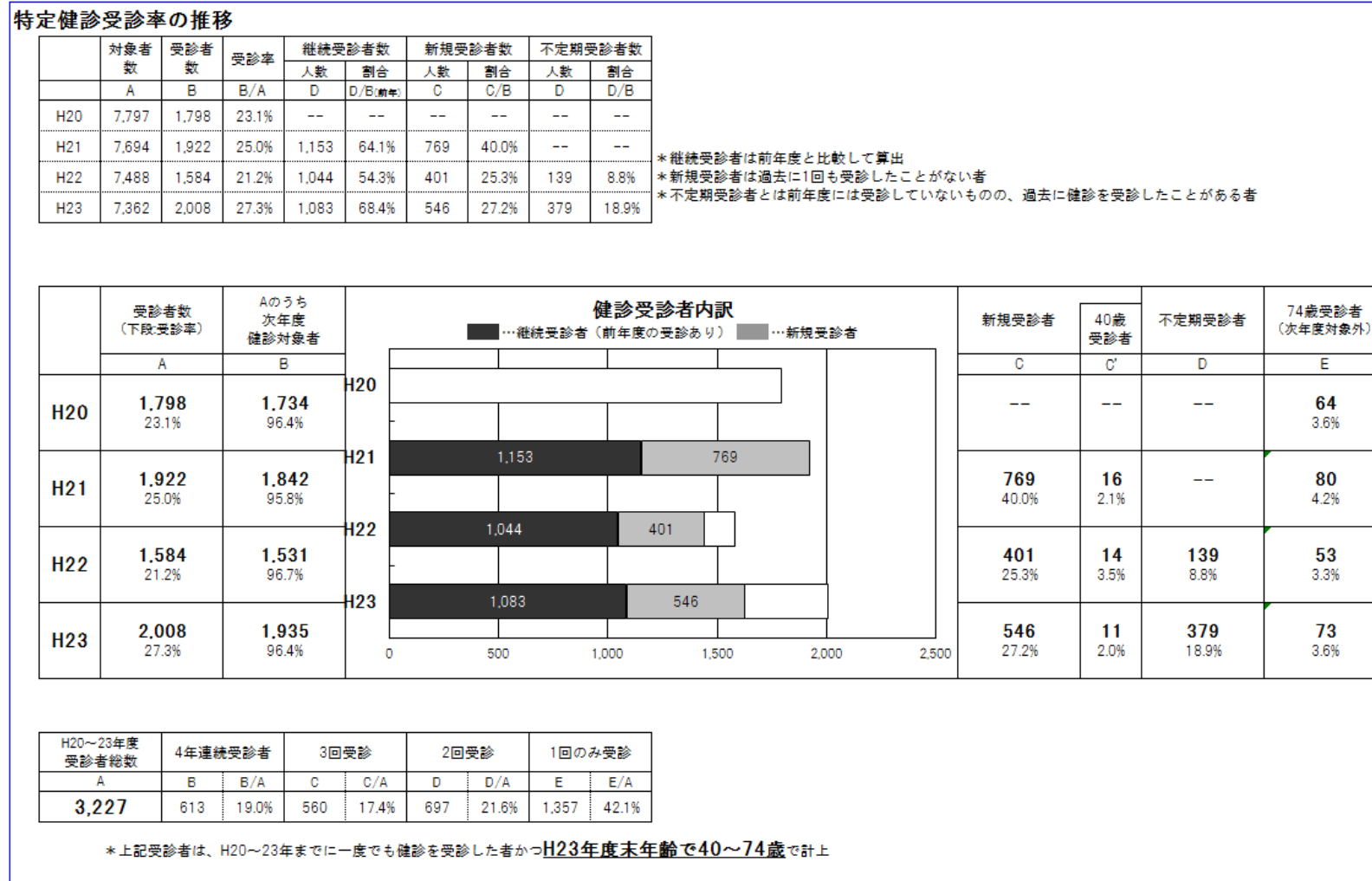


図5 性・年齢階級別受診率の推移

性・年齢階級別で受診率をみる

		40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
男性	H20	307	41	13.4%	345	60	17.4%	483	86	17.8%	567	121	21.3%	659	146	22.2%	689	152	22.1%	750	163	21.7%
	H21	286	49	17.1%	345	58	16.8%	462	84	18.2%	545	110	20.2%	693	167	24.1%	682	189	27.6%	751	175	23.3%
	H22	268	34	12.7%	328	62	18.9%	432	63	14.6%	528	108	20.5%	736	155	21.1%	658	147	22.3%	734	125	17.0%
	H23	0	30	#DIV/0!	0	50	#DIV/0!	0	96	#DIV/0!	0	107	#DIV/0!	0	202	#DIV/0!	0	212	#DIV/0!	0	179	#DIV/0!
女性	H20	245	43	17.6%	313	60	19.2%	403	106	26.3%	530	134	25.3%	715	238	33.3%	851	233	27.4%	940	215	22.9%
	H21	241	46	19.1%	283	58	20.5%	366	86	23.5%	531	141	26.6%	758	238	31.4%	831	275	33.1%	920	247	26.8%
	H22	205	40	19.5%	263	49	18.6%	348	78	22.4%	518	125	24.1%	814	218	26.8%	784	210	26.8%	872	170	19.5%
	H23	0	37	#DIV/0!	0	52	#DIV/0!	0	79	#DIV/0!	0	147	#DIV/0!	0	288	#DIV/0!	0	295	#DIV/0!	0	234	#DIV/0!

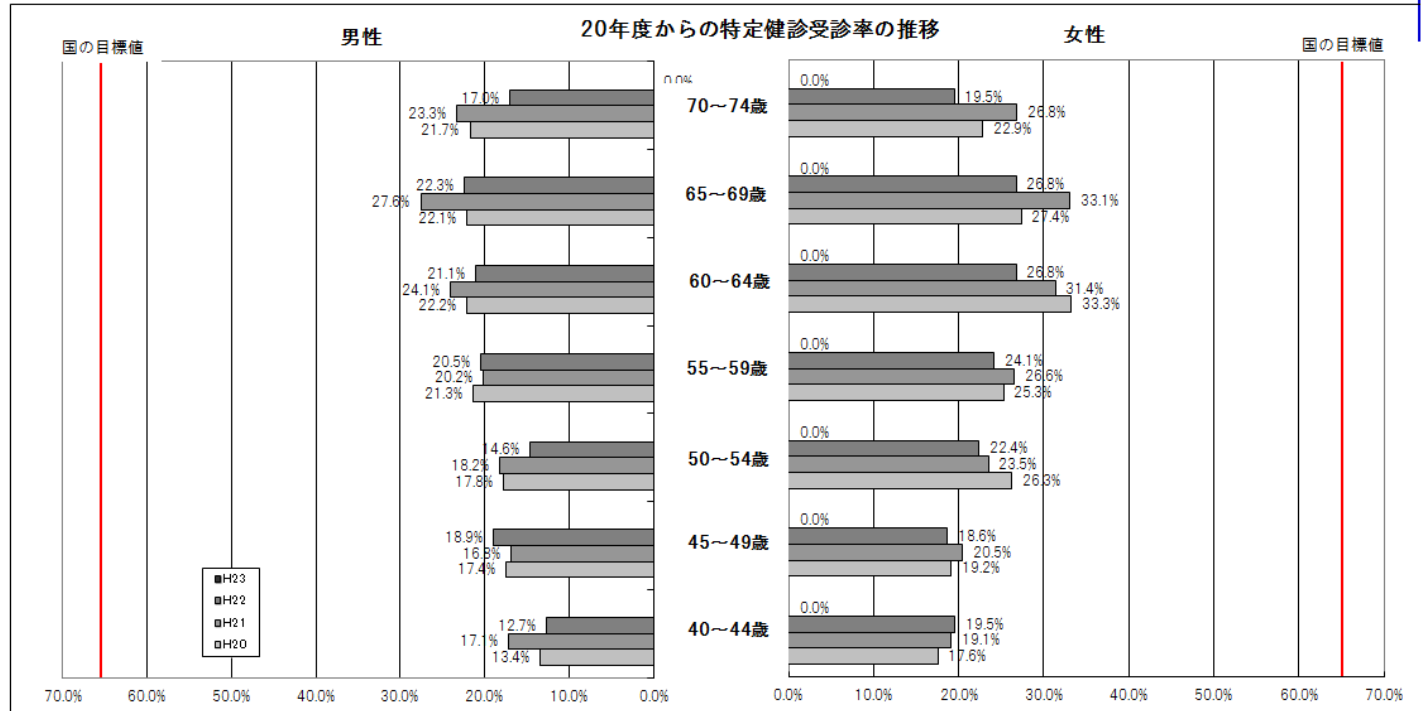


表 6 平成 23 年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果

平成23年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者			
受診者数			2,008 人	100.0%	1,462 人	72.8%	546 人	27.2%		
項目		基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25以上	601 人	29.9%	400 人	27.4%	201 人	36.8%		
	腹囲	85or90以上	682 人	34.0%	459 人	31.4%	223 人	40.8%		
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	400以上	24 人	1.2%	16 人	1.1%	8 人	1.5%	
		HDLコレステロール	34以下	61 人	3.0%	38 人	2.6%	23 人	4.2%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	81 人	4.2%	41 人	2.9%	40 人	7.9%
			HbA1c	6.5以上	66 人	3.3%	38 人	2.6%	28 人	5.1%
			計		105 人	5.2%	59 人	4.0%	46 人	8.4%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	87 人	4.3%	57 人	3.9%	30 人	5.5%
			拡張期	100以上	28 人	1.4%	17 人	1.2%	11 人	2.0%
			計		98 人	4.9%	63 人	4.3%	35 人	6.4%
	その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	191 人	9.5%	126 人	8.6%	65 人	11.9%	
	腎機能	尿蛋白	2+以上	25 人	1.2%	13 人	0.9%	12 人	2.2%	
eGFR		50or40未満	45 人	2.2%	30 人	2.1%	15 人	2.7%		
尿酸		9.0以上	14 人	0.7%	8 人	0.5%	6 人	1.1%		

*空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

参考) 実施者数

空腹時血糖	1,924	1,415	509
HbA1c	2,007	1,462	545
尿酸	2,008	1,462	546
eGFR	2,008	1,462	546

(7) 出生

上天草市の出生率は、熊本県、全国よりも低くなっています。

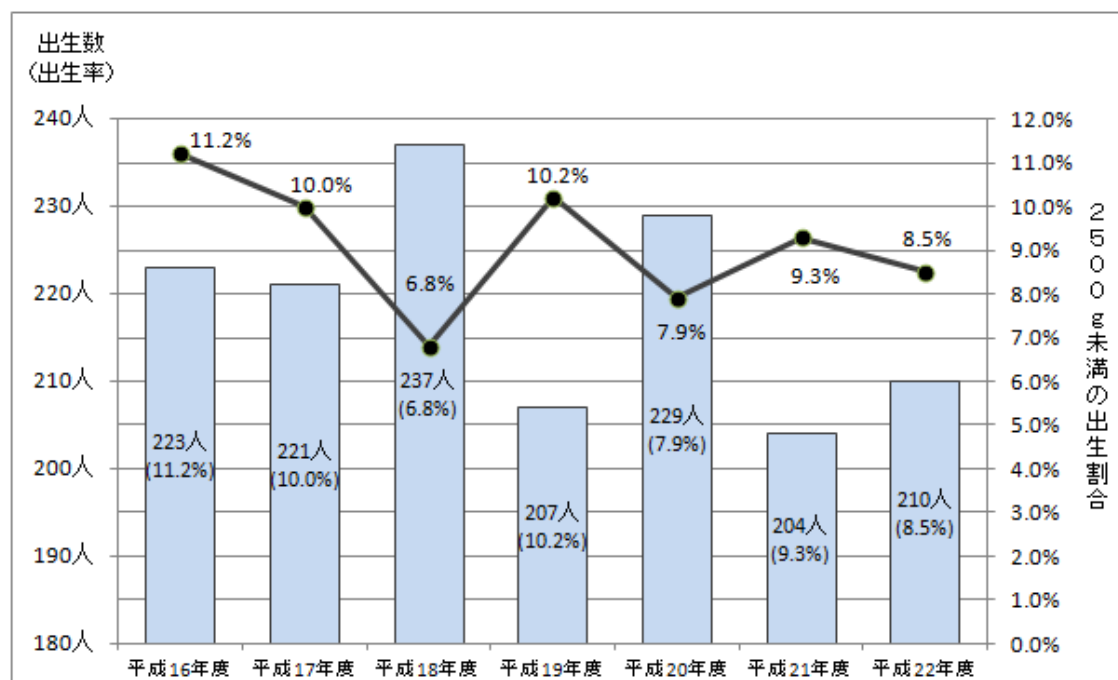
また、上天草市の低出生体重児の出生率は、全国や熊本県と比較して少なく、年々、わずかながらの改善もみられます。(表 7)

しかしながら、近年、出生の時の体重が 2,500g 未満の低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣を発症しやすいとの報告もあり、今後も低出生体重児の予防にむけて、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりの支援を行う必要があります。(図 6)

表 7 出生率の年次推移

		平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
出生率 (人口千対)	上天草市	6.6	6.8	7.5	6.7	7.5	6.8	7.0
	熊本県	8.8	8.5	8.9	9.0	9.1	9.0	9.0
	全国	8.8	8.4	8.7	8.6	8.7	8.5	8.5

図 6 出生数及び出生時の体重が 2,500g 未満の出生割合の年次推移



3. 市の財政状況に占める社会保障費

上天草市においては、平成 24 年度の予算において、医療、介護、生活保護の社会保障費の予算が、約 101 億円となっています。（図 1）

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに上天草市の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、市民一人ひとりの健康増進への意識と行動変容への取り組みが支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

図 1 上天草市の財政状況と社会保障

歳入(一般会計)		歳出(一般会計)	
185億円(H23決算)		173億円(H23決算)	
1位	地方交付税 87億円	1位	民生費 52億円
2位	国県支出金 34億円	2位	総務費 25億円
3位	市税 22億円	3位	公債費 24億円

社会保障費

	医療	介護	生活保護
予算 (H24)	約 61億円	約 37億円	約 3億円
一般会計	約 7.5億円	約 4.4億円	約 3億円 (一般財源約7千万円)

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

表1 前計画の評価

分野	指標		上天草市の現状		達成状況	H24目標値
	項目	区分	H20	最新値(H23)		
予防・生活習慣病重症化・合併症予防	特定健康診査受診率		23.1%	27.8%	B	65.0%
	特定健康診査でBMI25以上の肥満者	男性	36.6%	33.4%(H22)	C	30.0%
		女性	26.7%	27.0%(H22)		22.0%
	がん検診受診率	胃がん	22.8%	20.9%	D	50.0%
		大腸がん	34.0%	29.6%		50.0%
		肺がん	66.3%	56.3%		70.0%
子宮がん		34.0%	30.7%	50.0%		
身体活動・運動	定期的に運動をしている人		26.3%	※36.6%	E	30.0%
	歩数計を利用している人		4.5%			6.5%
	(歩数計を利用している人で)1日の歩数が6,000歩以上		50.9%			60.0%
食文化・食生活消費	野菜を350g以上食べている人	男性	3.9%		E	8.0%
		女性	7.8%			12.0%
	朝食を毎日欠食する人	20歳代男性	41.4%	朝食欠食週3回以上(40~74歳男性)7.1%	E	35.0%
		30歳代男性	40.0%			35.0%
	甘い飲み物を平均して1日にコップ1杯以上飲んでいる人	男性	67.9%		E	65.0%
女性	42.9%		E	40.0%		
食育を理解している人		53.2%		E	65.0%	
子育て・健康	定期的に歯科健診を受けている人		30.5%		E	35.0%
	むし歯のない幼児	3歳児	50.2%	63.4%	A	60.0%
健康・こころの健康	睡眠による休養が十分にとれていない人		29.5%	※23.8%	E	25.0%
	この1か月でストレスを感じた人		73.5%			70.0%
	ストレス解消法がある人		59.8%			62.0%
たばこ	たばこを吸っている人	男性	49.5%	※22.2%	※A	48.0%
		女性	8.3%	※3.6%		7.0%
アルコール	多量飲酒をしている人	男性	16.8%	※8.5%	※C	15.0%
		女性	1.3%	※4.1%		1.0%
	アルコールの適量を知っている人	男性	51.4%		E	60.0%
		女性	61.8%			70.0%

評価区分	該当項目数(割合)
A 目標値に達した	2項目(14.3%)
B 目標値に達していないが改善傾向にある	1項目(7.1%)
C 変わらない	2項目(14.3%)
D 悪化している	1項目(7.1%)
E 評価困難	8項目(57.2%)
合計	14項目(100%)

前計画の目標項目についての達成状況は、A「目標値に達した」とB「目標値に達していないが改善傾向にある」は合わせて全体の約2割で改善がみられました。しかし、C「変わらない」とD「悪化している」も合わせて約2割で、第1期の重点目標である「壮年・中年期の肥満を減らす」は達成できませんでした。本市の健康課題である肥満を改善するためには、健診受診率の向上が今後も課題となります。

また、E「評価困難」が全体の半数以上の項目で見られますが、特に栄養においてはアンケートでは正確な摂取量の把握は困難であり評価ができません。栄養状態の評価は、体重および血液データ等から評価する必要があることから、今後も健診受診率の向上に努め、体重、血液データから評価をおこなっていきます。

※項目は平成 20 年は市民実態アンケート調査結果（19～64 歳全市民対象）ですが、平成 23 年は特定健診問診表（40～74 歳国保対象）からの現状値であり、対象者が異なることから正確な比較対象とはなりません（参考値）。

（表 1）

これらの評価を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、別表Ⅱのように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するため上天草市の具体的な取り組みを次のように推進します。

取組主体別 目標項目

別表Ⅱ

取組み主体		ライフステージ ・主な法律		生涯における各段階(あらゆる世代)								
		妊娠 胎児(妊婦) 0才	出生 0才	乳幼児期	学童期 18才	青年期 20才	働く世代(労働者) 40才	壮年期 40才	高齢期 65才	75才	死亡	
				母子保健法	食育基本法	学校保健安全法	労働安全衛生法	高齢者の医療の確保に関する法律		介護保険法		
個人で達成すべき目標 上天草市・医療保険者(上天草市国民健康保険)	がん	がん検診の受診率の向上					75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少					
	循環器疾患				高血圧の改善 脂質異常症の減少			脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少				
	糖尿病				特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少			合併症の減少 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)				
	CKD	新規透析導入患者数の減少										
	歯・口腔の健康	乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 妊婦中の歯科健診を受診した者の割合の増加										
	食育(栄養・食生活)	適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) 適正体重の子どもの増加					低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制					
	身体活動・運動	健康な生活習慣を(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加					介護保険サービス利用者の増加の抑制					
	飲酒	妊婦中の飲酒をなくす					生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上)					
	喫煙	妊婦中の喫煙をなくす					成人の喫煙率の低下					
	休養 こころの健康						睡眠による休養を十分とれていない者の減少					自殺者の減少
社会環境に関する項目	地域	コミュニティボランティア等					地域のつながりの強化 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加					就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上
	職場	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 (栄養ケア・ステーション、薬局等)等					受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の低下 過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加					健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業及び飲食店の登録数の増加 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加
	都道府県	小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加					住民が運動しやすいまちづくり環境整備に取り組み自治体数の増加 健康格差対策に取り組み自治体数の増加					健康寿命の延伸 健康格差の縮小
	国・マスメディア						慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上					ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加

2. 生活習慣病の予防

(1) がん

①はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。

30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

②基本的な考え方

ア 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B型肝炎ウイルス〈HBV〉、C型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人T細胞白血病ウイルス〈HTLV-I〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防につながってくると考えられます。（表1）

イ 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患するといわれています。

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。(表 1)

表1 がんの発症予防・重症化予防

部位	発症予防										重症化予防(早期発見)		
	生活習慣 68%					その他					がん検診	評価判定	
	タバコ 30%	食事 30%	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり				
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ Hp		胃X線検査	I-b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	I-b (胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用)
	大腸	△	○		○	○	○	△				便潜血検査	I-a
	子宮頸部	◎								◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	I-a
	乳	△			△	○	(閉経後の肥満) ○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラフィの併用	I-a(50歳以上) I-b(40歳代)
その他	前立腺		△					○			加齢	PSA測定	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者	肝炎ウイルスキャリア検査	I-b
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1			

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I-a: 検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある

I-b: 検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある

Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

[参考] 国立がん研究センター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と検診

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

③現状と目標

ア がんの死亡率の減少（10万人当たり）

上天草市のがんによる死亡の状況は表2のとおりです。肺がん・肝臓がん・胃がんが多い状況です。

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されています。

表2 上天草市のがんによる死亡の状況

		H17	H18	H19	H20	H21	H22	総数
死亡率		324.4	333.7	353.4	374.1	372.7	372.4	
死亡者数	肺	19	23	26	21	23	26	138
	胃	16	8	8	13	14	11	70
	大腸	10	9	11	10	5	12	57
	乳	2	3	4	4	0	4	17
	子宮	1	4	3	2	3	3	16
	小計	48	47	52	50	45	56	298
	前立腺	4	5	4	2	6	3	24
	肝臓	17	19	17	19	16	13	101
	白血病	2	3	3	6	5	1	20
	その他	34	32	34	37	39	38	214
小計	57	59	58	64	66	55	359	
総計		105	106	110	114	111	111	657

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、がんの死亡者数の減少を図ります。

イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。

上天草市では、がん検診は特定健康診査と同時に実施しています。

若い時から健康に関心を持っていただくために対象年齢を30歳以上に拡大しています。また、働いている人が検診を受けやすいように「休日健診」を実施しています。

平成22年度から集団健診の場でマンモグラフィー検診を開始しました。

現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、様々な取り組み、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

上天草市のがん検診の受診率は、「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、検診が有効とされているがん検診については、横ばいまたは、減少傾向です。（表3）

乳がん検診は、視触診を実施していないため0となっていますが、マンモグラフィー検診は平成22年度1,125人受診しています。

表3 上天草市のがん検診受診率の推移

	H19	H20	H21	H22	目標値
胃がん	12.4	10.5	10.9	11.0	40%(当面)
肺がん	39.4	38.7	37.0	33.6	
大腸がん	16.9	17.8	14.7	15.8	
子宮頸がん	23.5	24.7	31.5	26.2	50.0
乳がん	1.1	0.6	0.0	0.0	50.0

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

上天草市の精密検査受診率は、年度により差があります。平成22年度をみると全て許容値を超えていますが、目標値である90%は超えていない検診もあります。

がん検診受診者の人から、毎年、がんが見つかっているため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(表4)

表4 上天草市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H19	H20	H21	H22	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃がん	精密検査受診率	83.1%	42.5%	80.5%	93.4%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	2人	2人	0人	2人		
肺がん	精密検査受診率	78.5%	38.3%	72.8%	86.3%		
	がん発見者数	5人	1人	3人	1人		
大腸がん	精密検査受診率	70.1%	86.7%	83.0%	90.0%		
	がん発見者数	3人	5人	4人	2人		
子宮頸がん	精密検査受診率	85.7%	16.7%	44.4%	80.0%		
	がん発見者数	1人	0人	1人	3人		
乳がん	精密検査受診率	75.0%	77.8%	77.8%	71.9%	80%以上	
	がん発見者数	0人	0人	0人	2人		

④対策

ア ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）

イ がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報やホームページなどを利用した啓発
- ・がん検診推進事業

がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配付

ウ がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん検診（30 歳以上）
- ・肺がん検診（30 歳以上）
- ・大腸がん検診（30 歳以上）
- ・子宮頸がん検診（妊娠期・20 歳以上の女性）
- ・乳がん検診（30 歳以上の女性）
- ・前立腺がん検診（50 歳以上の男性）
- ・腹部超音波検診（30 歳以上）

エ がん検診の質の確保に関する施策

- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
- ・がん検診実施機関と行政によるがん検診検討会開催

オ がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策

- ・上天草がんサロン「アクアマリン」との連携

(2) 循環器疾患

①はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。

これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。

循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

なお、4つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

②基本的な考え方

ア 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、市民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

イ 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。

どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対する保健指導が必要になります。

③現状と目標

ア 脳血管疾患の死亡率の減少(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、上天草市の脳血管疾患の死亡率は、表1のとおりです。

表1 上天草市の脳血管疾患死亡の状況

		H17	H18	H19	H20	H21	H22
死亡率		151.4	125.9	196	167.4	188	157.7
死亡数	脳梗塞	29	17	41	26	33	27
	脳内出血	18	14	9	16	14	11
	くも膜下出血	0	7	10	8	8	8
	その他	2	2	1	1	1	1
総数		49	40	61	51	56	47

平成22年度介護保険第2号被保険者の新規認定者に脳血管疾患が原因で介護が必要となった4人のうち、3人は、発症時の医療保険が国保以外でした。

青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがないことから、地域全体の健康状態を把握できなかつたり、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されていますが、継続的、かつ包括的な保健事業を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。

また、国保加入者だった1人は健診履歴がありませんでした。

上天草市は国保加入者の特定健康診査受診率が低い状況です。国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。(表2)

表 2 平成 22 年度 脳血管疾患が原因疾患の第 2 号被保険者新規認定者の状況

性別	年代	介護度	特定疾病	介護保険申請時保険	健診受診歴	基礎疾患			社保から国保へ
						高血圧症	脂質異常症	糖尿病	
男	40	支2	脳血管疾患	社保	?	●		●	H23. 2～国保
男	50	3	脳血管疾患	国保	×	●			
男	60	2	脳血管疾患	社保	?	把握できず			
男	60	支2	脳血管疾患	社保	?	把握できず			

イ 虚血性心疾患の死亡率の減少(10万人当たり)

虚血性心疾患による死亡者数は横ばいです。(表 3)

表 3 上天草市の心疾患死亡の状況

		H17	H18	H19	H20	H21	H22
死亡率		241	182.6	260.2	278.9	231.7	241.6
死亡数	虚血性心疾患	31	28	28	25	24	21
	その他	47	30	53	60	45	51
総数		78	58	81	85	69	72

上天草市では、心疾患による死亡が多いことや慢性腎臓病（CKD）は心血管疾患の重要な危険因子であること、また、200万円以上の高額レセプトで虚血性心疾患が約7割を占めることから、循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になります。

平成 20 年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。上天草市では、平成 20 年度当初から特定健康診査受診者の全員に心電図検査を実施しています。

今後も、特定健康診査時に全ての受診者に心電図検査を実施することで、心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防につなげることができると考えます。

ウ 高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいといわれています。

上天草市では、特定健康診査受診者の46.6%に収縮期血圧の有所見があります。

特定健康診査の結果、特定保健指導対象者以外でも、Ⅱ度・Ⅲ度高血圧に該当した人へは必ず保健指導を実施しています。

その結果、特定健診受診者の血圧には、改善が認められたため、今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。(表4)

表4 上天草市の高血圧の状況

年度	高血圧 健診受診の状況		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		合計	
	受診者数	受診率	有所見数	有所見率	有所見数	有所見率	有所見数	有所見率	有所見数	有所見率
H18 (社保含む)	2625	29.9%	830	31.6%	293	11.2%	61	2.3%	1184	45.1%
H19 (社保含む)	2510	34.3%	696	27.7%	190	7.6%	41	1.6%	927	36.9%
H20 (特定健診)	1822	23.1%	611	33.5%	180	9.9%	35	1.9%	826	45.4%
H21 (特定健診)	1900	24.7%	607	31.9%	117	6.2%	8	0.4%	732	38.5%
H22 (特定健診)	1816	22.9%	489	26.9%	79	4.4%	6	0.3%	574	31.6%

※平成20～22年度健診受診者数は、各年度の全受診者数です(異動者含む)。

エ 脂質異常症の減少

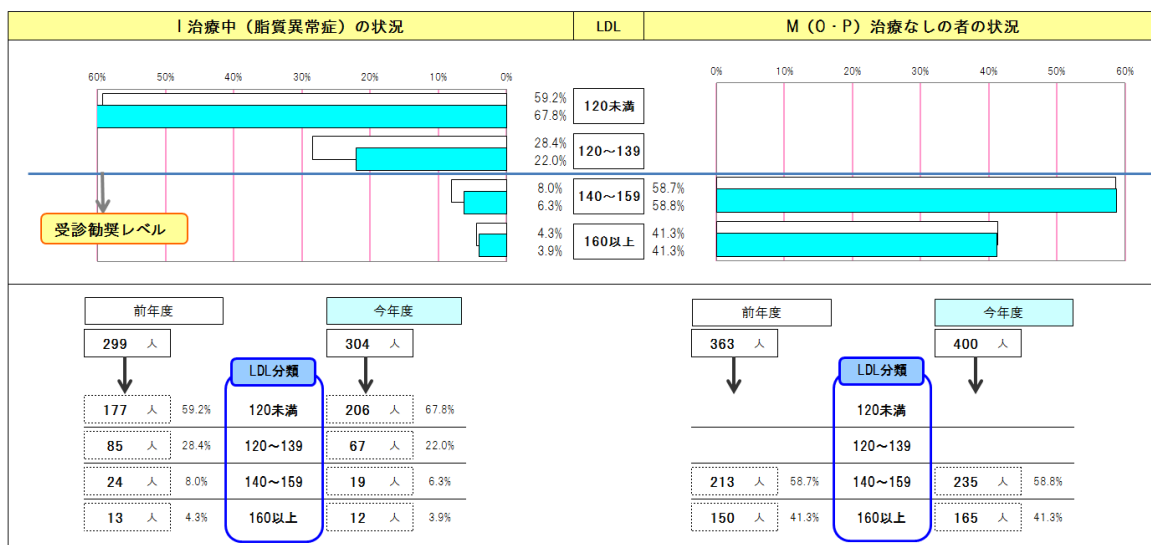
(総コレステロール 240mg/dl (LDL コレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いといわれています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、市では総コレステロール検査は廃止し、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者の LDL コレステロールは、国の現状値よりは低い状況ですが、改善が見られず、特に治療なしの人の状況は悪化しています。(図 2)

図 2 上天草市国保特定健診受診者の LDL-C の状況



平成 24 年 7 月に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患をふまえた対応は不可欠であることから、生活習慣病関連の 8 学会とともに「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が作成され、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化されました。

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値からHDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

加えて、現在、上天草市で動脈硬化性疾患のリスクが高い人に実施している頸動脈超音波検査の、動脈硬化性疾患の発症予防における動脈硬化の診断法としての有用性について記載がなされました。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要になります。

オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。

上天草市では平成 24 年度までの達成目標とされていた、平成 20 年度と比べて 10%の減少は達成されていません。予備群に関しては増加傾向になっています。平成 27 年度の目標値である 25%減少に向けて、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。(表 5)

表 5 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

年度	対象者数 (B)	健診受診者 数(E)	受診率 (F)	メタボ 該当者(Q)	割合 (Q/E)	メタボ 予備群(R)	割合 (R/E)
H20	7,797	1,798	23.1	237	13.2	249	13.8
H21	7,694	1,900	24.7	254	13.4	269	14.2
H22	7,488	1,718	22.9	235	13.7	290	16.9
(参考値) H22熊本県	349,432	113,782	32.6	17,700	15.6	13,801	12.1

また、特定健康診査、生活習慣病健診の受診者を対象に、市独自にハイリスク対策検診(二次検診)を実施しています。(表 6)

頸動脈超音波検査は動脈硬化の早期診断に有効であることが、多くの研究で明らかとなっています。頸動脈超音波検査で、脳梗塞発症前の頸動脈狭窄を発見し、適切な治療によって未然に脳梗塞発症を防ぐことができました。

加齢とともに血管変化のある者が増加しますが、40 歳代よりわずかではありますが所見が出ており、50~60 歳代の 3 割は頸動脈の狭窄が認められます。(表 7)

表6 ハイリスク対策検診（二次検診）

(1) 上天草市住民健診（生活習慣病健診および特定健診）を受診した30～64歳のうち以下の3つの基準のうちいずれかに該当した者

①生活習慣病健診・特定健診受診者の内臓脂肪蓄積者（BMI 25以上、あるいは腹囲男性85cm女性90cm以上の者）で、以下の者を優先する

○高血圧・高血糖・脂質異常を併せ持つ者

○高血圧・高血糖を併せ持つ者

②内臓脂肪の蓄積はないが、1項目でも虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病に関連するリスクがある者（有所見状態の長期化による血管変化の可能性が高い者）

(リスク内容)

高血圧	収縮期 拡張期	130mmHg以上 85mmHg以上
高血糖	HbA1c 空腹時血糖	5.2以上6.1%未満 100以上126mg/dl未満
脂質代謝異常	中性脂肪 LDLコレステロール HDLコレステロール	150mg/dl以上 120mg/dl以上 40mg/dl未満

※虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧等で既往がある者、治療中(脂質異常症も含まれる)の者、血糖における受診勧奨対象者は除く

(2) 対象者の優先順位

①腹囲 + 2項目以上の異常

②腹囲 + 1項目の異常

③腹囲は正常 + その他の異常

(3) 検査内容

①耐糖能精密検査（糖負荷試験および血中インスリン測定）

②頸動脈超音波検査

③尿中微量アルブミン定量精密検査

表7 頸動脈超音波検査（二次検診）結果からの状況（平成22～23年度）

		計	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
	検査実施数	183	3	29	75	76
①狭窄率	有所見者数	48	0	4	22	22
	有所見率	26.2%	0.0%	13.7%	29.3%	28.9%
②判定結果「わずかな異常」	有所見者数	38	0	6	16	16
	有所見率	20.7%	0.0%	20.6%	21.3%	21.0%
③判定結果「動脈硬化進展、要精密」	有所見者数	21	0	0	10	11
	有所見率	11.4%	0.0%	0.0%	13.3%	14.4%

※ハイリスク対策検診後、医療機関を受診され内服治療が始まった方、あるいは内服治療中の方（平成24年8月まで）18名

このうち、ほとんどが内服による血圧や脂質異常症の改善のための内服治療が開始されています。

狭窄率が最大で70%の方が見つかり脳外科紹介となった方や、閉塞性動脈硬化症が見つかり手術適応となった方もいます。

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

平成 20 年度から、メタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者に義務付ける、特定健康診査・特定保健指導の制度が導入されました。

特定健康診査・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取り組み状況を反映する指標として設定されています。

上天草市では、平成 22 年度の特定健康診査受診率が 22.9%（国 32.0%、熊本県 32.4%）と低いことが課題となります。また、平成 20 年度から 23 年度までの受診者の総数は 3,227 人で、4 年連続受診は 19.0%、3 回受診 17.4%、2 回受診 21.6%、1 回のみ受診は 42.1%とリピーター率が少ない状況です。平成 22 年度特定保健指導終了率は 52.7%と国 19.3%、熊本県 30.4%に比べ高くなっています。

今後は、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

④対策

ア 特定健康診査受診率向上の施策

- ・ 広報やホームページ・防災無線などを利用した啓発
- ・ 未受診者への受診勧奨通知
- ・ 個人負担金の軽減（40・45・50・55 歳は無料）
- ・ 個別健診実施等医療機関との連携
- ・ がん検診と同時に実施
- ・ 休日健診の実施
- ・ 若い世代への受診勧奨

イ 保健指導対象者を明確するための施策

- ・ 生活習慣病健診（19 歳～39 歳・生活保護世帯）
- ・ 上天草市国民健康保険特定健康診査
- ・ 検診項目の追加（血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・HbA1c・心電図）

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
ハイリスク者（腎専門医レベル、重症高血圧、重症高血糖）への継続した保健指導
家庭訪問や個別での結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・ ハイリスク対策検診（耐糖能精密検査・頸動脈超音波検査・尿中微量アルブミン定量精密検査）の継続
- ・ 保健指導実施者の力量形成

(3) 糖尿病

①はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2~3倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

②基本的な考え方

ア 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

イ 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。

同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

ア 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。

増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

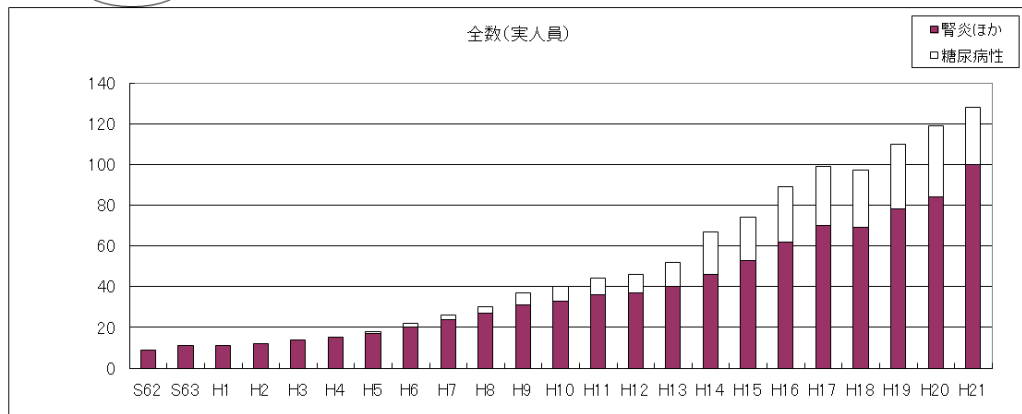
上天草市の糖尿病性腎症による新規透析導入は、平成 14 年度の 9 人を最高に、減少及び横ばい傾向にあります。

平成 22 年度に糖尿病性腎症による新規透析導入となった 5 人については、上天草市での健康診査を一度も受診されていませんでした。

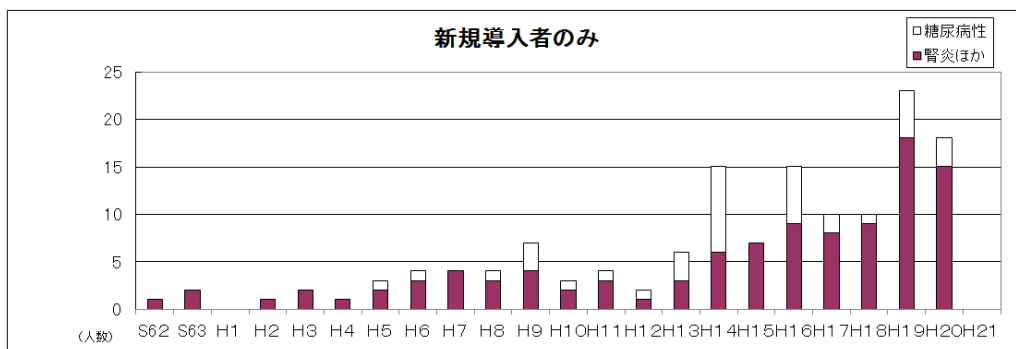
糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間といわれていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。(図 1)

図 1

A-3 人工透析患者の推移(上天草市)



年 度	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	
原因疾患	腎炎ほか	9	11	11	12	14	15	17	20	24	27	31	33	36	37	40	46	53	62	70	69	78	84	100
	糖尿病性						1	2	2	3	6	7	8	9	12	21	21	27	29	28	32	35	28	
	合計	9	11	11	12	14	15	18	22	26	30	37	40	44	46	52	67	74	89	99	104	110	119	128



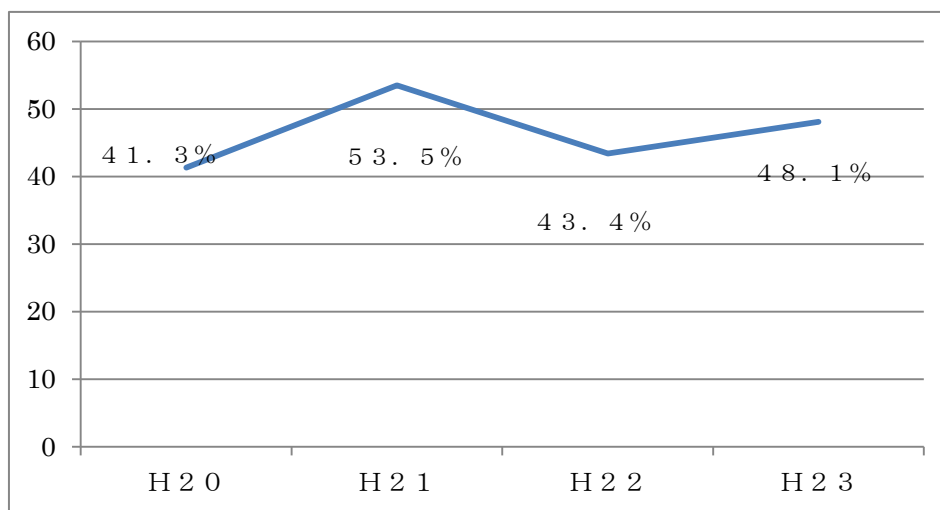
年 度	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	
原因疾患	腎炎ほか	1	2	0	1	2	1	2	3	4	3	4	2	3	1	3	6	7	9	8	9	18	15	2(国保のみ)
	糖尿病性	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	1	1	3	9	0	6	2	1	5	3	5(国保のみ)
	合計	1	2	0	1	2	1	3	4	4	4	7	3	4	2	6	15	7	15	10	10	23	18	17

イ 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

上天草市の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成 21 年度の 53.3%が最高で、平成 22 年度は 43.4%と減少し、平成 23 年度は 48.1%となっています。(図 2)

図 2 上天草市の糖尿病を強く疑われる人 (HbA1c6.1%以上) の治療率の推移



糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くみられます。

今後は、糖尿病でありながら未治療である人や、治療を中断している人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

ウ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 (8.4%) 以上の者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増

えるとされています。

上天草市では、健診の結果、HbA1cが8.0%以上の人には、未治療はもちろん、治療中の人にも主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施してきました。

HbA1c8.0%以上の人割合は、平成22年度14人で受診者の1.1%と前年に比べて横ばいの状況です。14人中10人は23年度健診未受診で、4人はレセプトで確認しても治療に結びついていませんでした。(表1)

表1 上天草市のHbA1cの状況

年度	HbA1c 健診受診の状況		7.0~7.9%		8.0%以上		合計	
	受診者数	受診率	有所見者数	有所見率	有所見者数	有所見率	有所見者数	有所見率
H18 (社保含む)	2625	29.9%	38	1.4%	27	1.0%	65	2.4%
H19 (社保含む)	2510	34.3%	30	1.2%	18	0.7%	48	2.0%
H20 (特定健診)	1822	23.1%	29	1.6%	11	0.6%	40	2.2%
H21 (特定健診)	1900	24.7%	23	1.2%	20	1.1%	43	2.3%
H22 (特定健診)	1816	22.9%	22	1.2%	14	1.1%	36	2.3%

※平成20~22年度健診受診者数は、各年度の全受診者数です(異動者含む)。

今後も、医療関係者と、上天草市の糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。

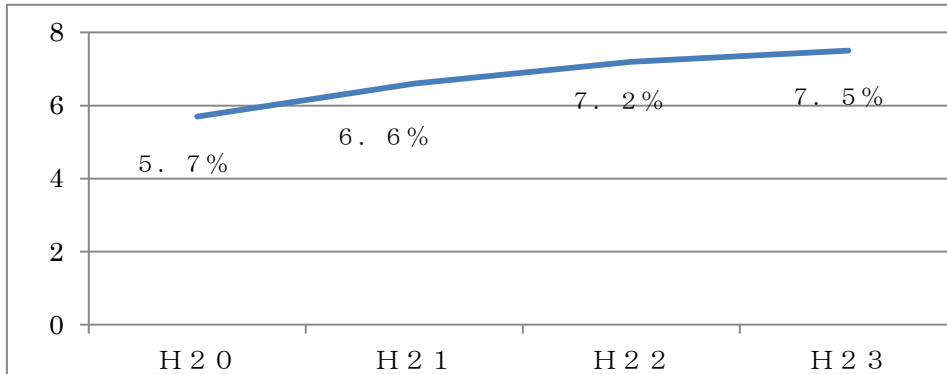
エ 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

健康日本21では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、最終評価においては、糖尿病有病率が改善したとは言えないとの指摘がなされました。

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

上天草市の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成20年度から、徐々に増加傾向にあります。(図2)

図2 上天草市の糖尿病有病者（HbA1c6.1%以上）の推移



上天草市のHbA1c5.2%以上の有所見者は平成22年度で71.8%と有所見の1位となっています。

平成22年度に実施したハイリスク対策検診の耐糖能精密検査の結果、BMI22以上の肥満者全員にインスリン抵抗性が見られました。

60歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる、糖尿病有病者の増加が懸念されます。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。

乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、市の食生活の特徴や市民の食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

④対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
 - 特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や個別結果説明会等による保健指導の実施
- ・ハイリスク対策検診の継続(耐糖能精密検査・頸動脈超音波検査・尿中微量アルブミン定量精密検査)

(4) CKD (慢性腎臓病)

①はじめに

慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease (CKD): 以下「CKD」という。) は腎障害を示す所見や腎機能低下が慢性的に続く状態です。CKDの発症、進展には生活習慣病が関わっており、科学的知見によると、生活習慣の改善により進行予防が可能な疾患となってきています。

CKDとは、医学的には「蛋白尿などの腎障害の存在を示す所見」、もしくは「腎機能低下」が3か月以上続く状態と定義され、腎疾患の原因、病態に関係なく腎臓の障害の程度で定義しています。

以下に「CKD診療ガイド2012」から定義および重症度分類を掲載します。

CKDの定義



① 尿異常, 画像診断, 血液, 病理で腎障害の存在が明らか, 特に0.15g/gCr以上の蛋白尿(30mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在が重要

② GFR < 60mL/分/1.73m²

①, ②のいずれか, または両方が3か月以上持続する

CKD診療ガイド2012 p.1 表1

CKDの重症度分類



原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 末期腎不全 (ESKD)	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑色のステージを基準に、黄、オレンジ、赤、黒の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改定)

CKD診療ガイド2012 p.3 表2

②基本的な考え方

ア 発症予防

CKDの発症リスクファクターには、高血圧症、高尿酸血症、糖尿病、耐糖能異常、脂質代謝異常症、肥満及びメタボリックシンドロームなどの「腎臓をいためる因子」と、腎疾患の既往歴、現病歴、家族歴や過去の検診における、腎機能異常や腎形態異常、尿異常、または尿路結石や感染症などの「CKDを発症または進行させる因子」があります。

イ 重症化予防

CKDの重症化予防は、腎機能異常の重症化を防止し、慢性腎不全による透析導入への進行を阻止し、新規透析導入患者を減少させること、さらにCKDに伴う循環器系疾患（脳血管疾患、心筋梗塞等）の発症を抑制することです。

③現状と目標

ア 新規透析導入患者数の減少

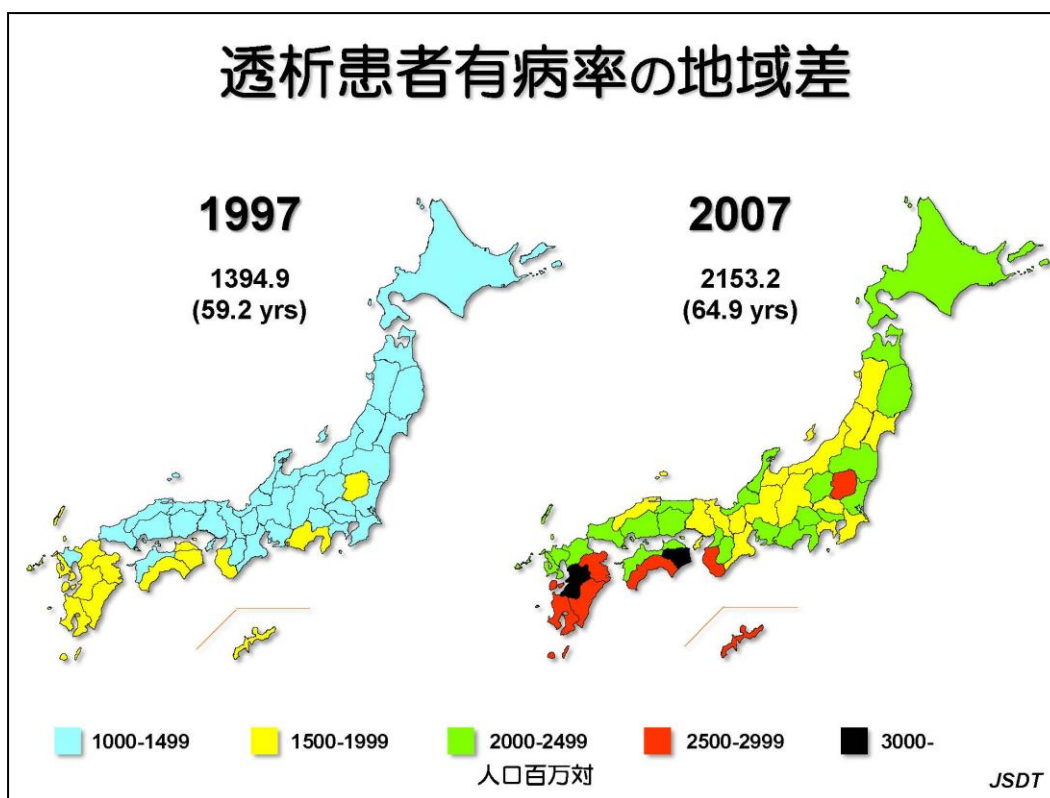
透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983年頃は年に1万人程度であったのが、2010年には約30万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧症による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病が非常に増えたことだと考えられています。

さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中や心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなく、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味しているといわれています。

●熊本県の状況

日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、熊本県の慢性透析患者数は、2011年5,951人で、人口100万人対では1995年から全国第1位となっています。



上天草市の人工透析患者数は、昭和 58 年度は 6 人でしたが、平成 22 年度は 145 名に増えています。また、人工透析新規導入者は昭和 58 年度から平成 13 年度まで数名程度であったのに対し、平成 14 年度は 15 名とこのころから急増していますが、平成 19 年度の 23 名をピークに減少しつつあります。(図 1)

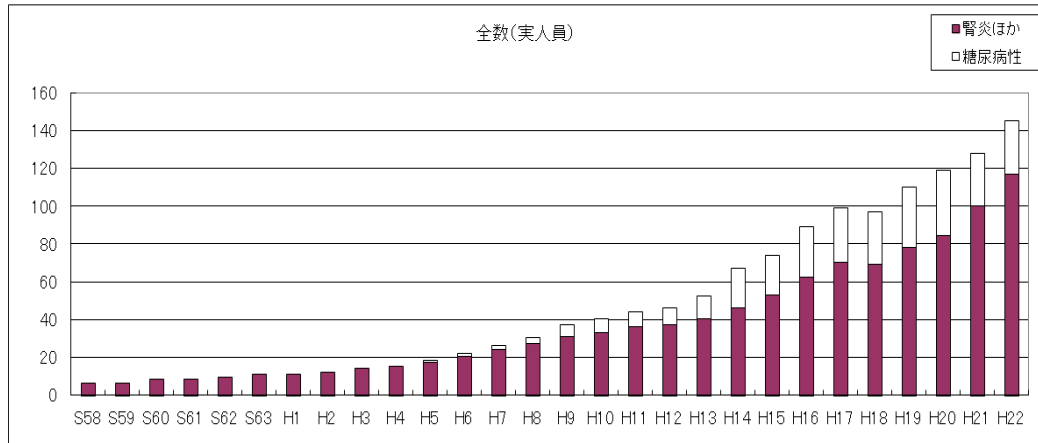
熊本県は慢性透析患者数（人口 100 万対）が全国で最も高い状況ですが、その中でも上天草市は平成 18 年度県内 4 番目と高い状況でした。その後、予防対策に取り組み平成 23 年度は国民健康保険 16 位、後期高齢者 10 位となっています。(表 1・表 2)

上天草市の人工透析患者数は全国の 1.8 倍、また新規透析導入者は全国の 1.5 倍という状況です。

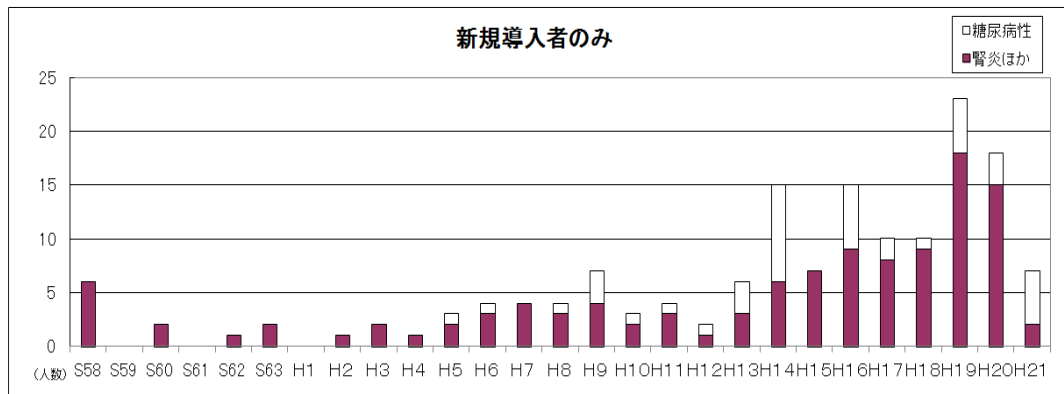
全国的には人工透析になる原因疾患は糖尿病性腎症が多い状況ですが、上天草市では糖尿病よりも高血圧症が原因で人工透析に至る人が多いのが特徴です。

図1 上天草市の人工透析患者の推移

A-3 人工透析患者の推移(上天草市)



年度	S58	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	
原因疾患	腎炎(ほか)	6	6	8	8	9	11	11	12	14	15	17	20	24	27	31	33	36	37	40	46	53	62	70	69	78	84	100	117
	糖尿病性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	3	6	7	8	9	12	21	21	27	29	28	32	35	28	28	
	合計	6	6	8	8	9	11	11	12	14	15	18	22	26	30	37	40	44	46	52	67	74	89	99	104	110	119	128	145



年度	S58	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	
原因疾患	腎炎(ほか)	6	0	2	0	1	2	0	1	2	1	2	3	4	3	4	2	3	1	3	6	7	9	8	9	18	15	2
	糖尿病性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	1	1	3	9	0	6	2	1	5	3	5	
	合計	6	0	2	0	1	2	0	1	2	1	3	4	4	4	7	3	4	2	6	15	7	15	10	10	23	18	7

H21 (国保のみ)
H21 (国保のみ)

表 1 都道府県別慢性透析患者数の推移

都道府県別慢性透析患者数の推移(1985年～)

順位	1990年			1995年			2000年			2005年			2007年			2008年			2009年			2010年		
	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対	都道府県	患者数	人口100万対
1	徳島	951	1,143	熊本	3,245	1,745	熊本	4,299	2,313	熊本	5,400	2,932	熊本	5,591	3,059	宮崎	3,557	3,131	徳島	2,534	3,212	熊本	5,908	3,251
2	宮崎	1,310	1,121	宮崎	1,978	1,682	徳島	1,904	2,311	宮崎	3,274	2,814	徳島	2,419	3,024	熊本	5,656	3,106	熊本	5,825	3,211	徳島	2,503	3,187
3	熊本	2,049	1,114	大分	2,049	1,665	宮崎	2,582	2,207	大分	3,285	2,715	宮崎	3,394	2,969	徳島	2,464	3,103	大分	3,705	3,100	宮崎	3,611	3,181
4	大分	1,366	1,104	徳島	1,332	1,601	大分	2,806	2,137	徳島	2,182	2,694	大分	3,527	2,932	大分	3,529	2,941	宮崎	3,443	3,042	大分	3,760	3,142
5	和歌山	1,185	1,103	鹿児島	2,805	1,564	沖縄	2,726	2,137	沖縄	3,613	2,853	沖縄	3,896	2,830	沖縄	4,001	2,908	沖縄	4,012	2,903	沖縄	4,085	2,940
6	沖縄	1,289	1,055	沖縄						鹿児島	4,533	2,586	鹿児島	4,790	2,769	高知	2,119	2,741	鹿児島	4,903	2,871	高知	2,230	2,917
7	福岡	4,903	1,019	和歌山						和歌山	2,474	2,388	高知	2,052	2,624	鹿児島	4,614	2,687	高知	2,175	2,839	鹿児島	4,786	2,805
8	鹿児島	1,791	998	福岡						高知	1,890	2,374	和歌山	2,619	2,570	和歌山	2,664	2,632	和歌山	2,727	2,716	栃木	5,494	2,736
9	長崎	1,495	956	香川						香川	4,782	2,371	栃木	5,106	2,535	栃木	5,182	2,577	栃木	5,326	2,855	和歌山	2,710	2,704
10	高知	788	955	高知						香川	2,258	2,330	福岡	12,275	2,428	福岡	12,870	2,507	長崎	3,716	2,699	長崎	3,781	2,650
11	香川	976	954	長崎	2,122	1,373	長崎	2,795	1,842	長崎	3,404	2,302	北海道	13,429	2,411	北海道	13,839	2,500	福岡	13,092	2,591	福岡	13,438	2,649
12	大阪	8,244	944	栃木	2,837	1,329	香川	1,873	1,831	福岡	11,610	2,298	長崎	3,487	2,400	群馬	5,013	2,492	北海道	14,241	2,586	北海道	14,493	2,632
13	石川	1,096	941	大阪	11,556	1,314	北海道	9,891	1,740	北海道	12,622	2,243	香川	2,412	2,398	長崎	3,587	2,491	群馬	5,078	2,530	群馬	5,249	2,614
14	愛媛	1,408	929	東京	15,455	1,313	静岡	6,479	1,720	群馬	4,477	2,212	群馬	4,833	2,397	静岡	9,149	2,408	香川	2,480	2,482	静岡	9,589	2,547
15	愛知	6,089	910	岡山	2,547	1,305	愛媛	2,551	1,709	静岡	8,261	2,179	静岡	8,733	2,298	大阪	20,950	2,379	山梨	2,134	2,461	山梨	2,193	2,541
16	新潟	2,190	885	鳥取	795	1,293	群馬	3,449	1,703	大阪	18,896	2,143	大阪	20,154	2,287	広島	6,729	2,345	静岡	9,233	2,435	香川	2,484	2,504
17	兵庫	4,709	871	愛媛	1,947	1,292	東京	20,422	1,693	山梨	1,892	2,138	山梨	1,990	2,289	愛媛	3,360	2,341	広島	6,947	2,426	広島	7,132	2,493
18	東京	10,328	871	静岡	4,776	1,278	大阪	14,715	1,671	広島	6,012	2,090	広島	6,513	2,267	山梨	2,020	2,319	佐賀	2,048	2,404	佐賀	2,104	2,476
19	奈良	1,197	871	兵庫	6,890	1,275	岡山	3,258	1,670	愛媛	3,047	2,076	愛媛	3,267	2,250	佐賀	1,941	2,268	大阪	21,036	2,390	愛媛	3,504	2,448
20	京都	2,248	864	石川	1,485	1,258	山梨	1,482	1,669	岡山	4,007	2,048	佐賀	1,888	2,198	青森	3,154	2,266	愛媛	3,370	2,347	大阪	21,622	2,439
21	鳥取	532	864	北海道	7,105	1,248	京都	4,327	1,637	★全国	257,785	2,017	★全国	275,119	2,153	★全国	292,622	2,213	青森	3,192	2,315	青森	3,230	2,352
22	山口	1,350	858	富山	1,396	1,243	★全国	296,134	1,624	東京	25,142	1,999	青森	3,018	2,145	福島	4,536	2,211	福島	4,705	2,306	鳥取	1,377	2,339
23	富山	956	854	新潟	3,091	1,242	山口	2,463	1,612	京都	5,256	1,985	茨城	6,355	2,140	京都	5,789	2,202	茨城	6,813	2,302	★全国	297,126	2,320
24	岡山	1,634	848	愛知	8,530	1,242	富山	1,905	1,610	石川	2,313	1,970	山口	3,152	2,138	山口	3,206	2,191	★全国	296,675	2,280	山口	3,365	2,319
25	静岡	3,103	845	山口	1,927	1,238	兵庫	8,865	1,597	茨城	5,858	1,969	岡山	4,130	2,115	岡山	4,228	2,170	山口	3,310	2,275	茨城	6,831	2,300
26	★全国	103,296	836	群馬	2,481	1,238	鳥取	966	1,576	佐賀	1,702	1,965	福島	4,368	2,113	茨城	6,426	2,168	鳥取	1,320	2,234	奈良	3,192	2,279
27	岩手	1,183	835	★全国	154,413	1,230	石川	1,854	1,570	山口	2,922	1,957	東京	26,667	2,090	鳥取	1,271	2,136	京都	5,846	2,230	岡山	4,426	2,275
28	栃木	1,615	835	京都	3,190	1,213	新潟	3,940	1,551	鳥取	1,182	1,947	福井	1,691	2,072	東京	27,212	2,120	岡山	4,301	2,215	京都	5,913	2,243
29	三重	1,459	814	広島	3,451	1,197	愛知	10,910	1,549	青森	2,780	1,935	鳥取	1,233	2,055	香川	2,120	2,114	奈良	3,068	2,194	兵庫	12,487	2,235
30	北海道	4,534	803	三重	2,145	1,165	奈良	2,198	1,523	福島	4,015	1,920	岩手	2,773	2,033	奈良	2,961	2,109	福井	1,768	2,188	岩手	2,916	2,192

(平成18年度)
上天草市は県内
4位!

我が国の慢性透析療法の現状(社)日本透析医学会 統計調査委員会

人口100万対の総人口は2010年国勢調査より

表 2 透析状況 (5月分レセプトからの計上)

75歳未満

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
上天草市	0.28	0.41	0.42	0.39
県平均	0.31	0.37	0.36	0.39
県内での順位	22位	12位	7位	16位

75歳以上

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
上天草市	1.32	1.27	1.39	1.17
県平均	1.21	1.11	1.13	1.00
県内での順位	12位	6位	7位	10位

このような状況から、上天草市では平成 21 年に「慢性腎臓病（CKD）予防に向けた計画書」を策定し、予防に取り組んできました。平成 19 年からの上天草市のCKD予防対策取り組みは下記のとおりです。

年 度	取 組 み 内 容
平成19年度	<ul style="list-style-type: none"> ○腎機能低下者に対するフォロー体制についての検討 <ul style="list-style-type: none"> ◆健診受診者への事後指導の強化 ○腎不全及び糖尿病対策推進検討会参加 (国民健康保険連合会モデル事業) ○医療制度改革に伴う特定健診説明会開催 (86回、参加者延べ2,590人) ○長期健診未受診者の訪問実施
平成20年度	<ul style="list-style-type: none"> ○新規透析導入者の訪問(23人) ○特定健診受診者のe-GFR50未満者に対する保健指導の実施 (CKDガイドラインによる腎専門への受診勧奨値レベル) ○上天草市CKDの課題分析 ○特定健診についての説明会開催 (特定健診受診勧奨) 区長会、各地区(90回、延べ1,255人)
平成21年度	<ul style="list-style-type: none"> ○上天草市CKD計画策定 ○行政、医療機関との連携に向けての医療機関訪問(6月～7月) ↓ ○腎検討会議開催(年2回開催) (上天草市内医療機関より代表医師2名参加) ↓ ○連絡票による連携の検討 ↓ ○連絡票のモデル事業実施 ↓ ○上天草市医師会部会研修会において報告 (全医療機関へ依頼)
平成22年度	<ul style="list-style-type: none"> ○腎検討会議によるCKD対策の協議 ↓ ○上天草市CKD予防研修会の開催 ○各医療機関訪問(CKDに関するご意見) ○国民健康保険連合会事業参加 <ul style="list-style-type: none"> ◆腎不全及び糖尿病等対策推進検討会事例検討部会 (モデル市町後方支援腎専門医との事例検討会) ◆腎専門医との定期的な事例検討会 ○妊産婦ハイリスク者へのフォロー ○ハイリスク対策検診実施
平成23年度	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率向上への取り組み ↓ <モデル地区健康教育事業> 対象地区：平成22年度県事業(天草圏域健やか家族生活習慣定着事業)対象校区の3地区 内容：特定健診の実施、生活習慣の見直し(グループワーク) 実施期間：2年間 ○ハイリスク者への保健師、栄養士による保健指導の徹底 ○かかりつけ医との連携強化

平成 22 年度の特定健康診査の受診率は 22.9%（熊本県 32.4%）と低く、CKDの早期発見に結びつきにくくなっています。健診の必要性を周知する必要があります。

平成 23 年度の特定健康診査の結果、CKD重症度分類で赤のステージ 15 人(0.8%)、オレンジ 42 人 (2.1%) で、腎専門医レベルの人が合わせて 57 人となっています。ハイリスクの人へは医療機関受診を勧めるとともに医療機関と連携し継続した保健指導が必要です。(表 3)

表 3 CKD重症度分類

CKDの重症度分類			平成23年度 健診受診者 2,008 人 --				
平成23年度特定健診受診結果より							
尿蛋白区分	原疾患		A1	A2	A3		
	糖尿病	高血圧・腎炎 など	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿		
GFR区分 (ml/分/1.73mf)	尿蛋白		(-) or (±)	(+)	【再検】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
	2,000 人		1,935 人 96.8%	40 人 2.0%	10 人 25.0%	25 人 1.3%	
G1	正常 または高値	>90	184 人 9.2%	179 人 9.0%	4 人 0.2%	1 人 25.0%	1 人 0.1%
		60-89	1,504 人 75.2%	1,465 人 73.3%	26 人 1.3%	6 人 23.1%	13 人 0.7%
G2	正常または 軽度低下	45-59	282 人 14.1%	269 人 13.5%	8 人 0.4%	3 人 37.5%	5 人 0.3%
		30-44	28 人 1.4%	20 人 1.0%	2 人 0.1%	0 人 0.0%	6 人 0.3%
G3a	軽度～ 中等度低下	15-29	1 人 0.1%	1 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 0.0%
		<15	1 人 0.1%	1 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 0.0%
G3b	中等度～ 高度低下	KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改定 (CKD診療ガイド2012 日本腎臓学会編より)					

平成20年度からのステージ毎の推移

	H20	H21	H22	H23
受診者	1,791	1,913	1,576	2,000
赤	12 0.7%	12 0.6%	10 0.6%	15 0.8%
オレンジ	27 1.5%	36 1.9%	29 1.8%	42 2.1%
黄色	250 14.0%	245 12.8%	216 13.7%	299 15.0%
緑	1,502 83.9%	1,620 84.7%	1,321 83.8%	1,644 82.2%

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。
CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に黄色→オレンジ→赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

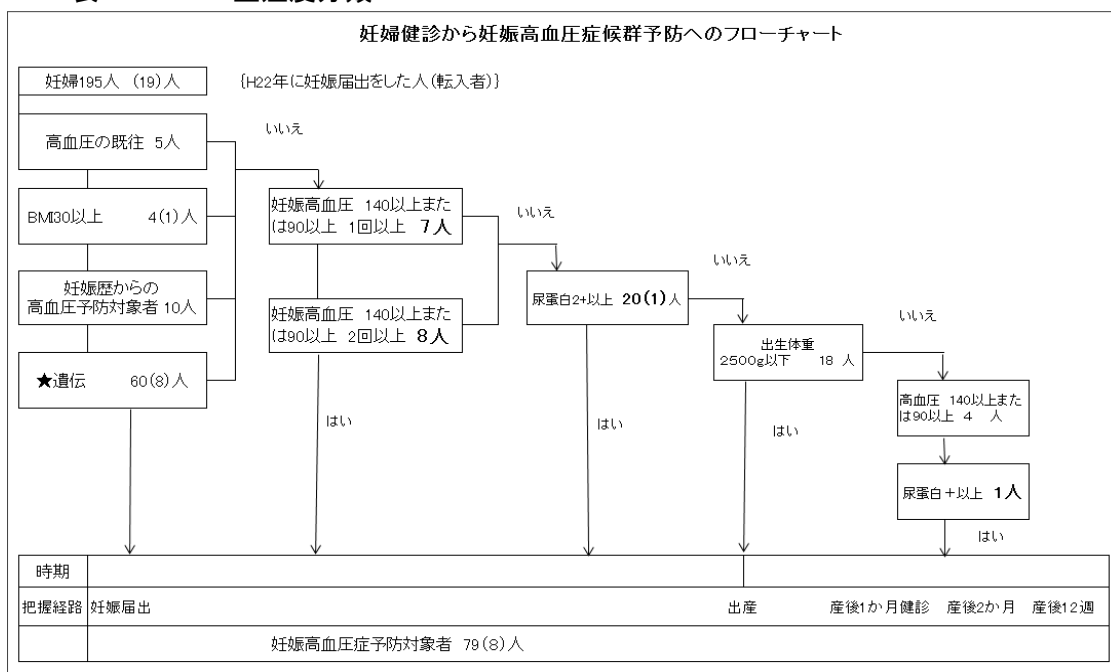
CKD予防のためのフローチャート 40～69歳

特定健診		対象の明確化					備考	
特定健診受診者	eGFR	尿所見					原疾患未実施者のeGFR区分	
		蛋白(2+)以上	蛋白(+) 潜血(+)	蛋白のみ(+)	潜血のみ(+)	蛋白・潜血(-)又は(±)	60以上	7人
1,447 人	100以上	15 人 1.0%	6 人 0.4%	18 人 1.3%	154 人 10.7%	1,247 人 86.6%	50～60未満	0人
	【再検】	38 人 2.6%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	1 人 2.6%	2 人 5.3%	35 人 92.1%	50未満
980 人	60以上	865 人 88.3%	3 人 0.2%	2 人 0.1%	9 人 0.6%	85 人 5.9%	766 人 53.2%	地域のみ 963 人 66.9%
	50～60未満	104 人 10.6%	0 人 0.0%	1 人 0.1%	1 人 0.1%	14 人 1.0%	88 人 6.1%	
1,440 人	50未満	11 人 1.1%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	2 人 0.1%	9 人 0.6%	17 人 29.8%	腎専門医 57 人 4.0%
	治療中	30 人 6.5%	5 人 0.3%	0 人 0.0%	1 人 0.1%	4 人 0.3%	40 人 70.2%	
460 人	50～60未満	62 人 13.5%	1 人 0.1%	1 人 0.1%	1 人 0.1%	6 人 0.4%	53 人 3.7%	かかりつけ医 420 人 29.2%
	60以上	368 人 80.0%	6 人 0.4%	2 人 0.1%	6 人 0.4%	43 人 3.0%	311 人 21.6%	

平成 18 年度、市透析患者全員へ訪問し、透析へ至った経緯の聞き取りを行った結果、妊娠高血圧症候群など妊娠中の異常が予後の腎機能低下に繋がっている実態がわかりました。妊娠中は循環血液量の増加に伴い非妊娠時よりも血圧上昇やたん白尿が出現しやすく、こうした妊娠中の体の変化は、将来、腎機能低下との関連も危惧されていることから妊娠期からの管理が重要となります。平成 22 年度市妊婦健診受診結果で収縮期血圧 140 mmHg 以上または拡張期血圧 90 mmHg 以上は 15 人（7.0%）、尿蛋白（2+）以上は 21 人（8.8%）でした。（表4）

また、低出生体重児は正常児に比べて腎の機能的単位であるネフロン数が少なく、そのことが腎臓の負担を増やし、将来、腎障害発症へつながることも指摘されています。市の現状では、低出生体重児（2,500g 未満）の出生割合は平成 22 年度 8.5%（18 人）、熊本県は 9.3%でした。

表 3 CKD重症度分類



④対策

ア CKDの発症および重症化予防のための施策

①妊娠期

- ・ 妊娠届時、ハイリスク要因のスクリーニング実施
- ・ 妊婦受診券から個人データ管理
- ・ ハイリスク者（妊娠高血圧症候群・尿検査異常等）への保健指導
- ・ 2 か月児学級で妊娠経過を確認し、必要に応じて検尿、血圧測定を実施

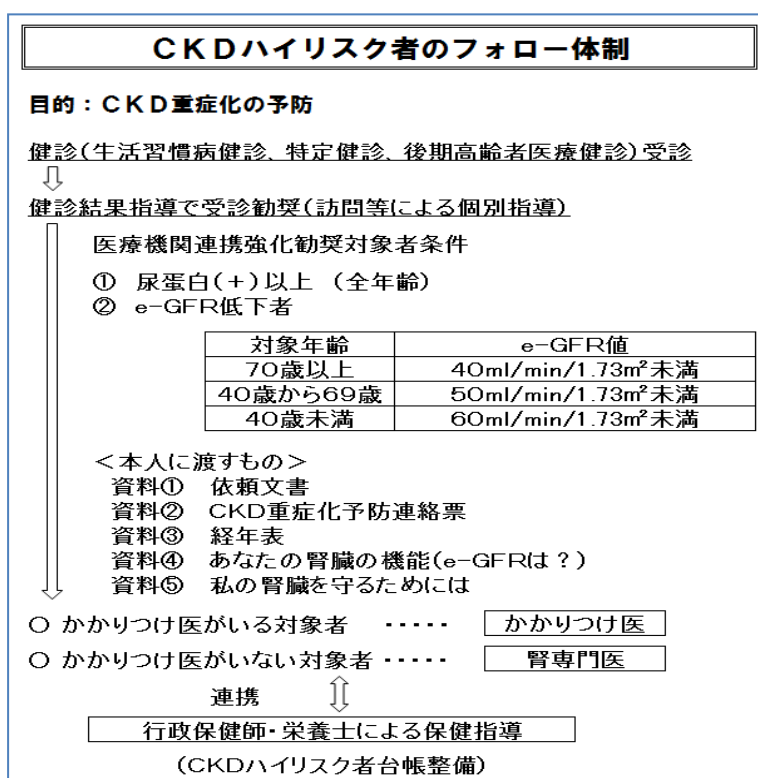
- さらにフォローが必要な母親は乳児健診で確認
- ・生活習慣病健診（19～39歳・生活保護世帯）を勧める

②幼児期

- ・1歳6か月児健診、3歳児健診で蛋白尿がでた児（再検査含む）へは医療機関受診を勧める
- ・ハイリスク者の台帳作成・管理

③成人期

- ・特定健康診査受診率の向上
- ・生活習慣病健診（19～39歳・生活保護世帯）を勧める
- ・ハイリスク者（重症高血圧・重症高血糖・腎専門医レベル）への継続した保健指導の充実
- ・ハイリスク対策検診の実施
- ・腎検討会議、腎事例検討会の開催



イ CKDに伴う循環器疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患）の発症を抑制する

CKDは心血管疾患の発症の重要な危険因子となることから、特定健康診査の結果でe-GFR50未満の人への保健指導を徹底する。

(5) 歯・口腔の健康

①はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。

歯の喪失によるそしゃく機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。

平成23年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第1条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした「8020(ハチマルニイマル)運動」が展開されているところですが、超高齢社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。

幼児期や学齢期でのう蝕予防や近年のいくつかの疫学研究において、糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている成人における歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

②基本的な考え方

ア 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

イ 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。

歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

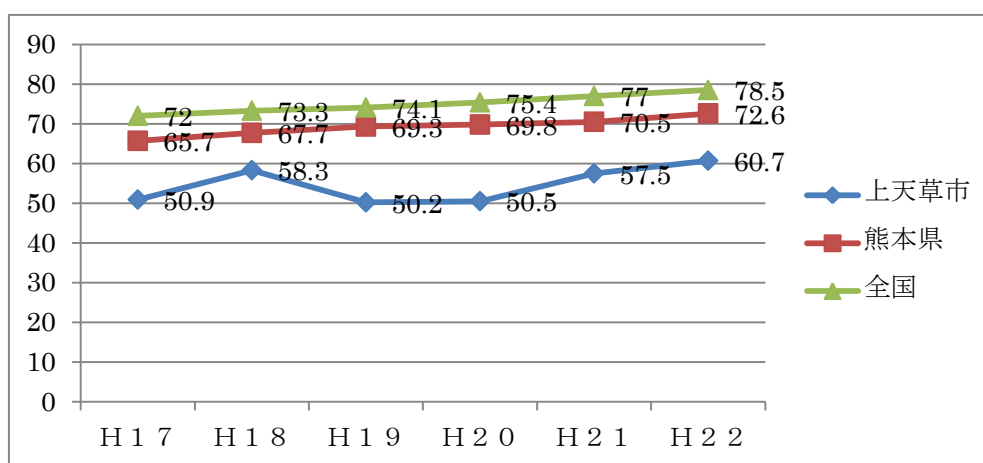
口腔機能については、そしゃく機能が代表的ですが、そしゃく機能は、歯の状態のみでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていません。

③現状と目標

ア 乳幼児・学齢期のむし歯のない者の増加

上天草市は平成 18 年度 1 歳 6 か月児健診のむし歯保有率が県内ワースト 1 位でした。また、3 歳児でむし歯がない児の割合は近年増加していますが、全国や熊本県と比べると低い割合になっています。(図 1)

図 1 3 歳児でむし歯がない者の割合の推移



永久歯も同様の傾向で、永久歯むし歯の代表的評価指標である 12 歳児の一人平均むし歯の数は平成 22 年度全国の 1.3 本、熊本県 1.8 本より多い 2.2 本となっています。

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である 3 歳児のむし歯保有状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。

上天草市では幼児のむし歯が多いという課題に対して、平成 22 年度から歯科保健の新規事業として①妊婦歯科健康診査受診券交付事業、②幼児フッ化物歯面塗布券交付事業、③2 歳児歯科健診を実施しています。

①妊婦歯科健診受診率は、平成 21 年度 22.5%でしたが、平成 22 年度 33.3%、平成 23 年度 46.2%と増加しています。

②幼児フッ化物歯面塗布は平成 24 年度 63.6%が実施しています (H24.12.31 時点)。

フッ化物洗口を実施している保育園は平成 20 年度 1 園でしたが、平成 24 年度は 8 園に増えています (H24.12.31 時点)。

また、小中学校におけるフッ化物洗口の推進では、平成 23 年度準備期間として関係機関と打合せをおこない、平成 24 年度からは小学校 2 校のフッ化物洗口も始まりました。

イ 妊娠中に歯科健診を受診した者の増加

歯や歯ぐきの病気は最初のうちは気がつきにくく、特に妊娠中は悪化しやすい状況にあります。最近では、歯周病も早産の原因の一つであるという研究報告もあり、歯周病が進んでいる妊婦は普通の妊婦に比べて早産の危険率が高いと言われています。

【妊婦歯科健康診査受診券交付事業】

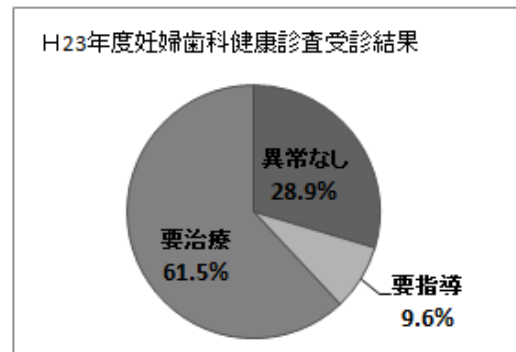
■長期目標：平成26年度 妊婦歯科健康診査受診率69.0%

■短期目標：目標値69.0%に向けて1年間に受診率を10%ずつアップさせる

		H21度	H22度	H23度
受診率	目標(%)	—	29.0	39.0
	実績(%)	22.5	33.3	46.2
受診券利用率(%)		—	31.03	31.34
受診券配布対象者(人)			203	217
受診券利用者(人)			63	68

《受診券利用率：平成24年12月31日現在 計測値》

★受診率 実績(%)：2カ月児学級問診より把握



④対策

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・保健指導（母子健康手帳交付時、2か月児学級、3～4か月児健診、6～7か月児健診、1歳6か月児健診、2歳児歯科健診、3歳児健診）
- ・歯科衛生士によるブラッシング指導（1歳6か月児健診、3歳児健診）
- ・フッ化物洗口の実施（保育園・小学校・中学校）
- ・8020推進員の活動

イ 専門家による定期管理と支援の推進

- ・妊婦歯科健康診査受診券交付
- ・幼児歯科健診（1歳6か月児、2歳児、3歳児）
- ・幼児フッ化物歯面塗布券交付事業
- ・上天草市歯科保健連絡協議会の開催

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 食育（栄養・食生活）

①はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防の観点から重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

上天草市でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。(図1)

生活習慣病予防の実現のためには、上天草市の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

②基本的な考え方

ア 発症予防

がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病の発症には、適正体重を維持するために活動量に見合ったエネルギー摂取と適正な量と質の食品摂取の選択が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果は健診データにつながります。代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食）との関係を理解し、適正な改善を自ら選択し、行動変容につなげることが重要です。

個々人の健診結果を読み解き、ライフサイクルを考慮し、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援します。(図2)

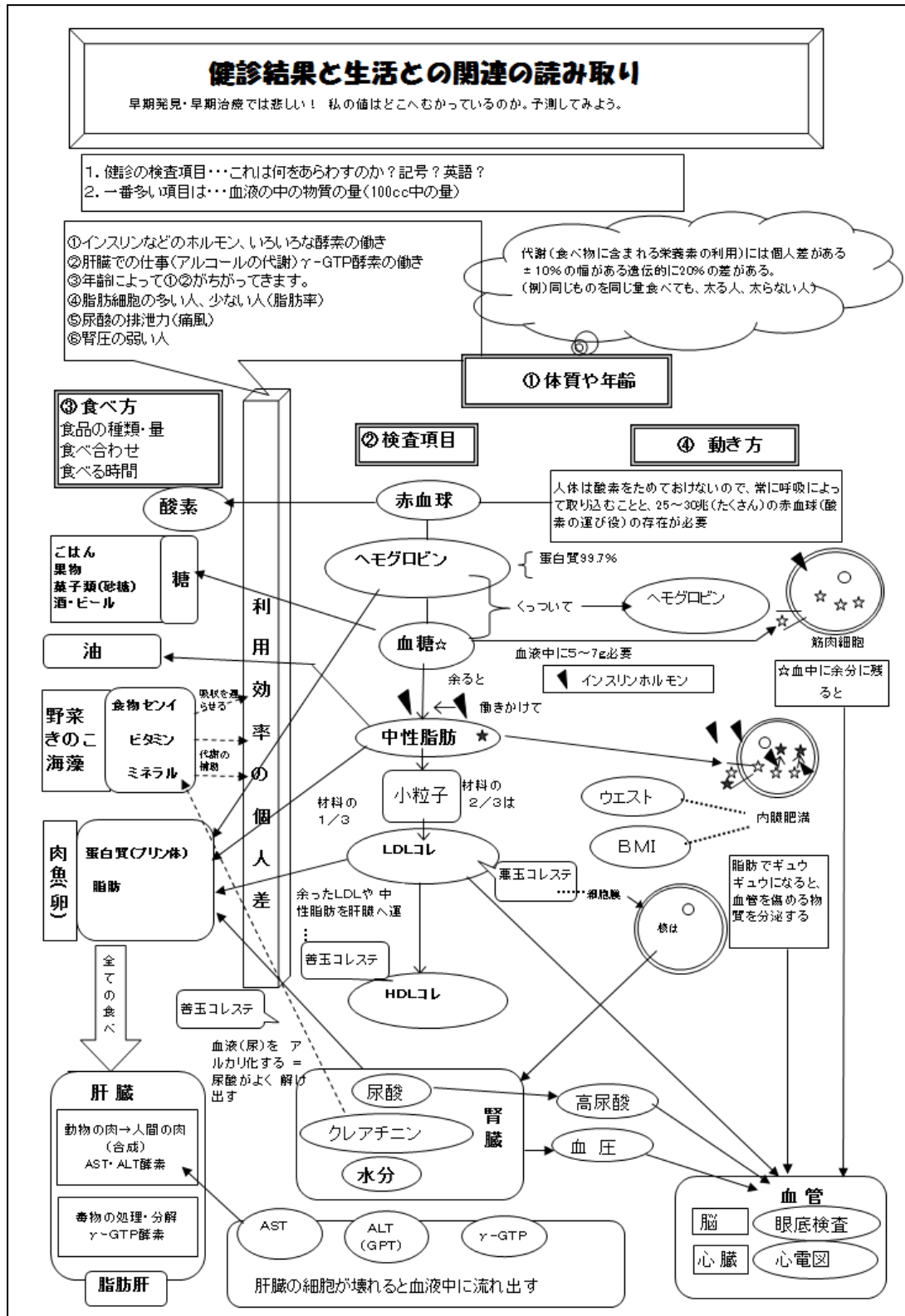
イ 重症化予防

生活習慣病における食事療法は治療の基本であり、薬物治療導入後も食事療法の継続は重要です。糖尿病ではインスリン分泌に合わせた、慢性腎臓病では腎機能に合わせた食事の量と質の選択が必要です。

図1 【上天草市の食習慣背景 食の実態と体の実態を結ぶ】



図2 健診結果と生活との関連の読み取り



③現状と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。健診データについての目標項目は、2. 生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、以下の項目について目標を設定します。

ア 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

イ 適正体重を維持している子どもの増加

体重は、ライフステージをとおして、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女性のやせは低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。

表1 ライフステージにおける適正体重の評価指標

(表1)

ライフステージ	妊娠	出生	学童		成人		高齢者
評価指標	20歳代女性	出生児	小学5年生		20～60歳代男性	40～60歳代女性	65歳以上
	やせ(BMI18.5未満)	低出生体重	中等度・高度肥満傾向児		肥満者(BMI25.0以上)		BMI20以下
国の現状	29.0%	9.6%	男子 4.60%	女子 3.39%	31.2%	22.2%	17.4%
	(平成22年)	(平成22年)	(平成23年度)		(平成22年)	(平成22年)	(平成22年)
市の現状	15.6%	8.5%	軽度・中等度・高度肥満傾向児		40～74歳男性	40～74歳女性	19.6%
	(平成22年度)	(平成22年度)	男子 17.4%	女子 19.6%	33.5%	27.1%	(平成22年度)
データソース	妊娠届出書	人口動態統計	(平成23年度) 定期健康診断健康状態調査結果		特定健診結果(平成22年度)		基本チェックリスト
都道府県比較			表4(肥満傾向児の状況)				
市の経年変化	表2	表3	表5		表6		表7

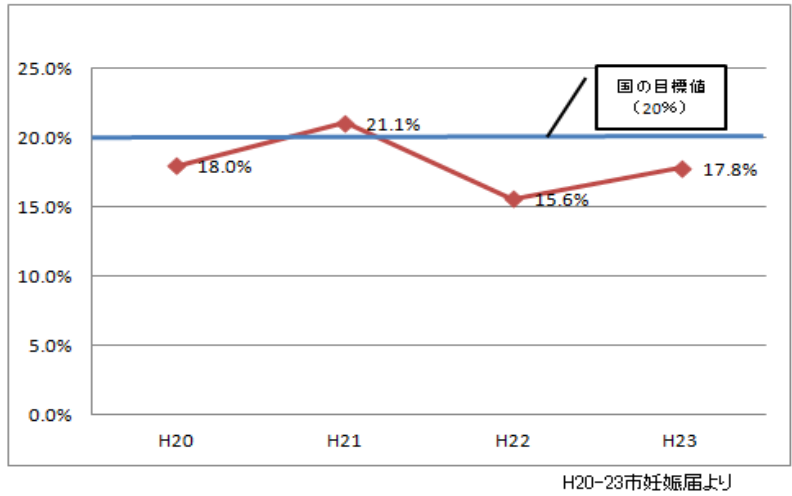
(ア) 20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合)

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。

低出生体重児は様々な要因によることが考えられますが、妊娠前の母親のやせも要因の1つと考えられています。

上天草市では、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前のBMIを把握していますが、やせの割合は20歳代全体の約2割にみられます。(表2)

表 2 20 歳代女性 妊娠直前のやせの人 (BMI18.5 未満) の推移



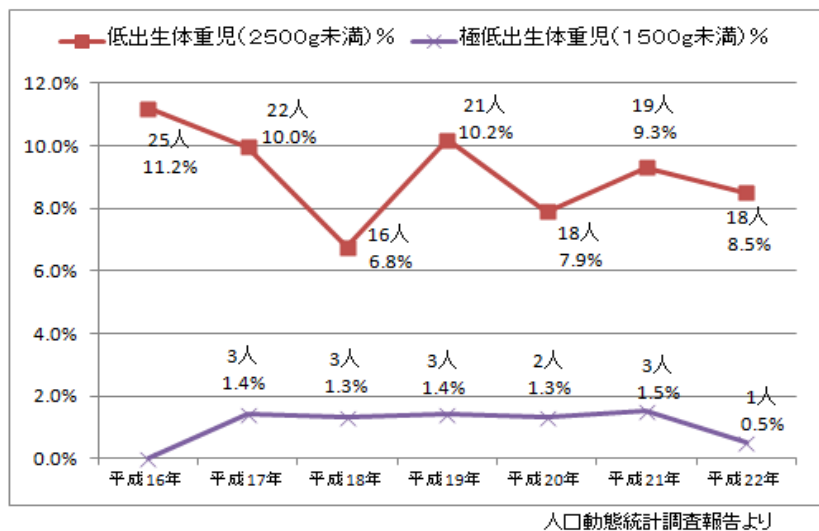
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

(イ) 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあります。

上天草市では、毎年約 20 人が低出生体重の状態生まれていますが、低出生体重児の出生率を下げる対策としてハイリスク妊婦への保健指導を充実させるとともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導も必要になります。(表 3)

表 3 上天草市の低出生体重児・極低出生体重児 (再掲) の割合の推移



(ウ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度 20%以上の者を指すものとされており、さらに肥満度 20%以上 30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度 30%以上 50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度 50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。

軽度肥満傾向児については、取り組みの必要性の判断が難しいとされており、評価指標の対象とはなっていませんが、上天草市の統計では、肥満度 20%以上の肥満傾向児の割合しか把握できません。

国の指標の設定となっている小学校5年生(10歳)の、上天草市の肥満傾向児は、平成23年度でみると男女ともに全国や熊本県より出現率が高くなっています。(表4)

また、経年の変化では、男子は平成23年度から平成24年度は減少しているものの、女子は高い割合でほぼ横ばいの状態です。(表5)

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100(\%)$$

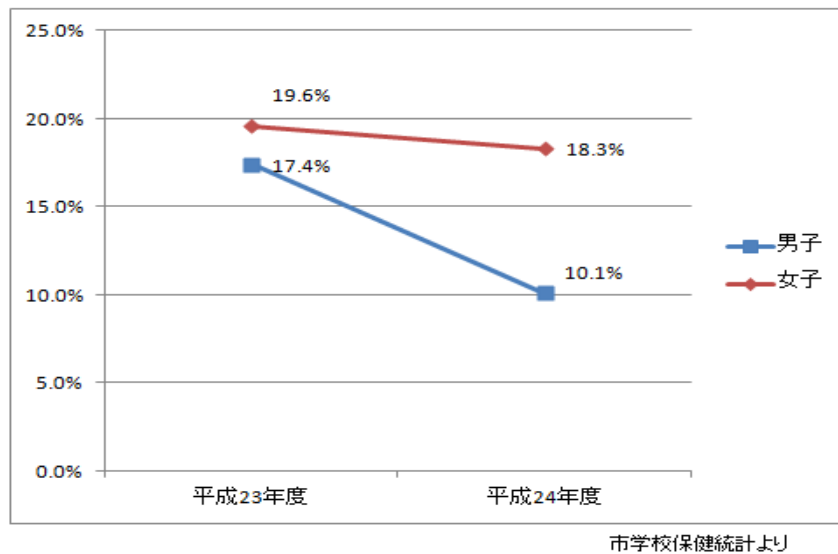
表4 平成23年度 都道府県別 肥満傾向児の出現率

学校保健統計調査

	小学校5年生				
	男子		女子		
1	上天草市	17.42	上天草市	19.63	1
2	山形	16.94	青森	11.77	2
3	北海道	15.66	和歌山	11.03	3
4	青森	15.46	栃木	10.96	4
5	大分	13.35	徳島	10.95	5
6	群馬	13.08	茨城	10.91	6
7	秋田	13.02	沖縄	10.73	7
8	徳島	12.58	北海道	10.65	8
9	山梨	12.29	山形	10.44	9
10	鳥取	12.22	秋田	10.28	10
11	高知	12.14	神奈川	10.13	11
12	愛媛	11.58	群馬	9.96	12
13	新潟	10.83	富山	9.33	13
14	福岡	10.76	高知	8.83	14
15	宮崎	10.75	佐賀	8.81	15
16	熊本	10.69	大阪	8.36	16
17	千葉	10.53	熊本	8.16	17
18	茨城	10.51	大分	8.07	18
19	埼玉	10.37	福岡	8.07	19
20	香川	10.07	新潟	8.04	20
21	岡山	9.91	静岡	8.00	21
22	栃木	9.75	宮崎	7.84	22
23	鹿児島	9.72	★全国	7.71	23
24	福井	9.69	鹿児島	7.62	24
25	★全国	9.42	滋賀	7.52	25
26	和歌山	9.37	埼玉	7.48	26
27	沖縄	9.28	兵庫	7.41	27
28	佐賀	9.13	千葉	7.35	28
29	三重	8.85	愛媛	7.29	29
30	愛知	8.64	岡山	7.00	30
31	富山	8.48	香川	6.83	31
32	広島	8.48	東京	6.82	32
33	長野	8.31	長崎	6.65	33
34	東京	8.10	広島	6.35	34
35	大阪	8.05	島根	6.31	35
36	長崎	7.90	奈良	6.27	36
37	神奈川	7.89	福井	5.96	37
38	兵庫	7.54	山梨	5.87	38
39	滋賀	7.13	三重	5.67	39
40	山口	7.06	京都	5.36	40
41	岐阜	6.90	山口	5.18	41
42	島根	6.87	鳥取	5.04	42
43	静岡	6.62	長野	4.34	43
44	京都	6.43	岐阜	4.27	44
45	石川	6.22	石川	4.24	45
46	奈良	6.14	愛知	3.95	46

※東日本大震災の被害が甚大であった岩手、宮城、福島は調査対象となっていない

表 5 平成 21 年度 肥満傾向児の出現率の比較



子どもの肥満については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取り組みが行われているところですが、学童期の肥満を予防するには正しい生活習慣の基礎が確立される乳幼児期からの取り組みが必要です。今後は、乳幼児健診等で保健指導を充実させるとともに、子どもの生活リズムに関わる家族を含めた生活等の支援を行っていくことで学童期の肥満予防につなげていきます。

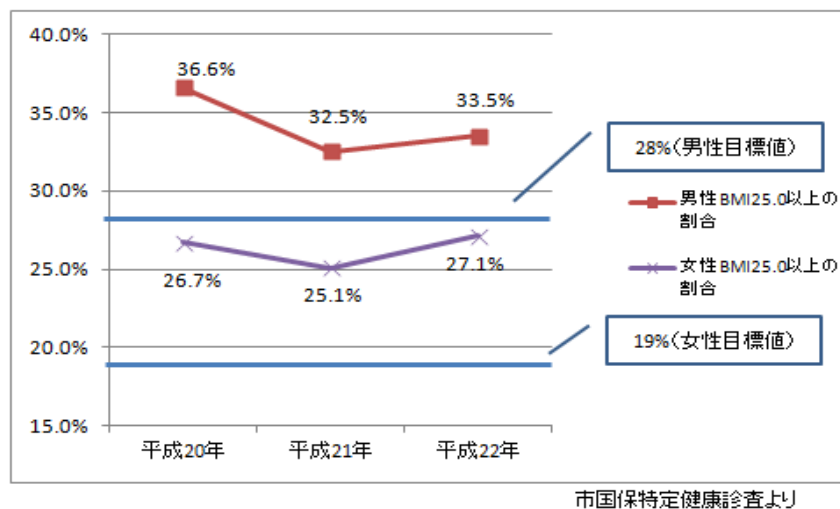
(エ) 40～74 歳男性の肥満者の割合の減少

(オ) 40～74 歳女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

上天草市では 30～39 歳を対象とした生活習慣病健診を実施しており、20 歳代男性の肥満者の割合は把握ができません。市の実態としては、国の平成 22 年度の 20～60 歳代男性の肥満者 31.2%、40～60 歳代女性の 22.2%と比べて高く、男女ともに壮年期の肥満者が多い状況です。(表 6)

表 6 男性（40～74 歳）及び女性（40～74 歳）の肥満（BMI25 以上）の割合の推移



(カ) 低栄養傾向 (BMI20 以下) の高齢者の割合の増加の抑制

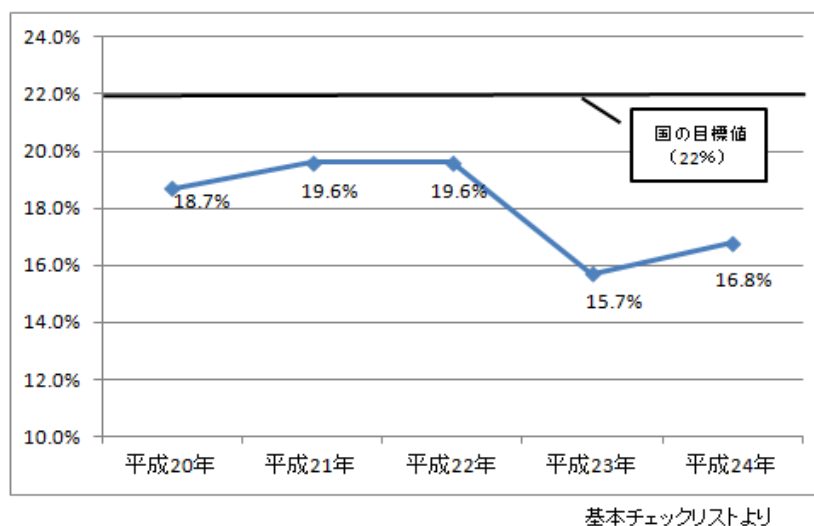
高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下が指標として示されました。(表 7)

上天草市の 65 歳以上の BMI20 以下の割合は、平成 34 年度の国の目標値を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。(表 7)

表 7 65 歳以上の BMI20 以下の割合の推移



ウ 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。（表8）

表8 ライフステージにおける健康診査項目一覧表

法律										母子健康法				(省令)児童福祉施設最低基準第35条		学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律			
										母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)		健康診査(第12条)				健康診断(第13条)				健康診断(第66条)		特定健診(第20条)	
健診の名称等										妊婦健診		1歳6ヶ月児健診	3歳児健診	学校健診		健康診査	定期健康診断	特定健診	後期高齢者健診				
健診内容を規定する法令・通知等										平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知「第4 妊婦時の母性保健」 平成21年2月27日雇児母発第0227001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「2 妊婦健康診査の内容等について」		厚生労働省令		厚生労働省令 保育所保育指針「第5章 健康および安全」		学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」							
対象年齢・時期等										8週前後	26週前後	36週前後	1歳6ヶ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	18～39歳	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上
項目	幼児		小学生		中学生	高校生	妊婦	成人	65歳以上	年間14回	該当年齢	該当年齢	(幼稚園については、学校保健安全法のもと実施)		年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回			
	3～5歳	6～8歳	9～11歳	12～14歳	15～17歳																		
身長											●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
体重											●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
内臓脂肪の蓄積	BMI・肥満度	肥満度 15%未満	肥満度20%未満			成人と同様	妊娠初期(5～16週)	BMI 25未満															
							25未満																
	妊娠中期(17～28週)																						
	27.2未満																						
	妊娠後期(29～40週)																						
28.3未満																							
腹囲			腹囲75cm未満	腹囲80cm未満			男 85cm未満	女 90cm未満															
中性脂肪	120 mg/dl未満			150 mg/dl未満																			
HDL コレステロール	40 mg/dl 以上																						
肝機能	AST(GOT)		31 IU/l 未満																				
	ALT(GPT)		31 IU/l 未満																				
	γ-GT (γ-GTP)		51 IU/l 未満																				
血管を傷つける条件	血圧(mmHg)	120/70 未満	125/70 未満		130/75 未満	130/85 未満																	
	尿酸	5.3 mg/dl未満		6.2 mg/dl未満	7.1 mg/dl未満																		
	空腹時血糖	100 mg/dl未満																					
	随時血糖	140 mg/dl未満			(食後2時間) 120 mg/dl未満	140 mg/dl未満																	
	HbA1c	5.2 %未満			5.8 %未満	5.2 %未満																	
	尿糖	(－)																					
	LDL コレステロール	LDL-C以外の主要危険因子数(※1)					目標値(mg/dl)																
						0	159以下																
						1～2	139以下																
						3以上又は糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化疾患の合併	119以下																
						冠動脈疾患の既往あり																	
腎臓	血清クレアチニン (mg/dl)	男 0.5未満	0.6未満	0.7未満	0.8未満	0.9未満	1.05未満																
		女 0.4未満	0.6未満		0.7未満	0.8未満	0.8未満																
	eGFR	正常GFR 133±27 ml/分				男子 140±30 ml/分	60 ml/分以上																
	尿蛋白	(－)																					
尿潜血	(－)																						
見血性	赤血球数										●		●		●		●		●		●		
	ヘマトクリット										●		●		●		●		●		●		
	ヘモグロビン										●		●		●		●		●		●		

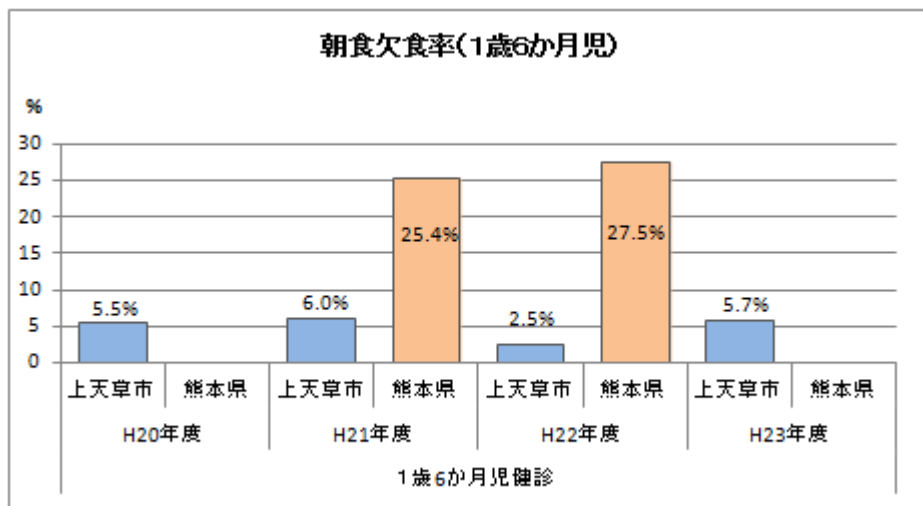
(ア) 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加

食生活の問題として代表されるものに朝食の欠食があげられます。朝食の欠食は、その後の昼食・夕食の食事摂取量の過剰につながり、肥満等の生活習慣病を発症する要因にもなります。特に、子どもは朝食をぬくことで、勉強に集中できない、疲れやすい等、集団生活へ大きく影響します。子どものころから朝食を必ずとる習慣をつけることが、健全な体をつくり、将来の生活習慣病予防にもなります。

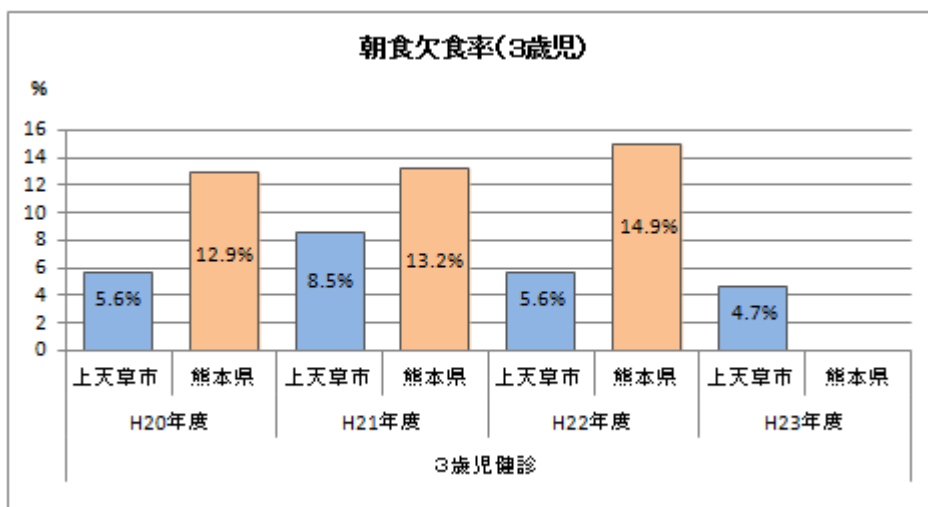
上天草市の1歳6か月児、3歳児における朝食欠食率は、熊本県と比べて低い状況にあります。年齢が高くなるにつれて欠食をする子どもが増えてきています。

(表9)

表9 1歳6か月児、3歳児の朝食欠食率の推移



1歳6か月児健診問診表より

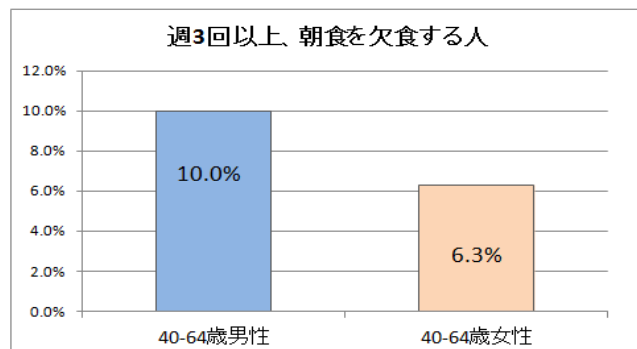


3歳児健診問診表より

エ 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する者の増加

40歳から64歳の壮年期の朝食欠食率は、男性10.0%、女性6.3%で男性が女性よりも高い状況です。年代別では、男女ともに40歳代が最も高く、男性14.6%、女性11.8%です。（表10）

表 10



H23 生活習慣病健診・特定健診問診表より

④対策

ア 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・母子健康手帳交付時および妊婦訪問（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- ・食生活改善推進員教育事業（青年期・壮年期・高齢期）
- ・健康診査結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、健診結果説明会、健康教育等の多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）

- ・国民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・家庭訪問、健康教育、健康相談（全てのライフステージ）

イ 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・健康診査結果に基づいた栄養指導

糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

ウ 学齢期への保健指導の推進

- ・小中学校の養護教諭、学校栄養士との課題の共有
 - 肥満傾向児の詳細な実態把握
 - 児童・生徒を含めた家族への保健・栄養指導（支援）

(2) 身体活動・運動

①はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、運動とは身体活動のうち、スポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに関係することも明らかになってきました。

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への人々の意識改革と健康長寿を実現することを目指しています。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

・運動器(運動器を構成する主要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。

運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

②基本的な考え方

健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながります。

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

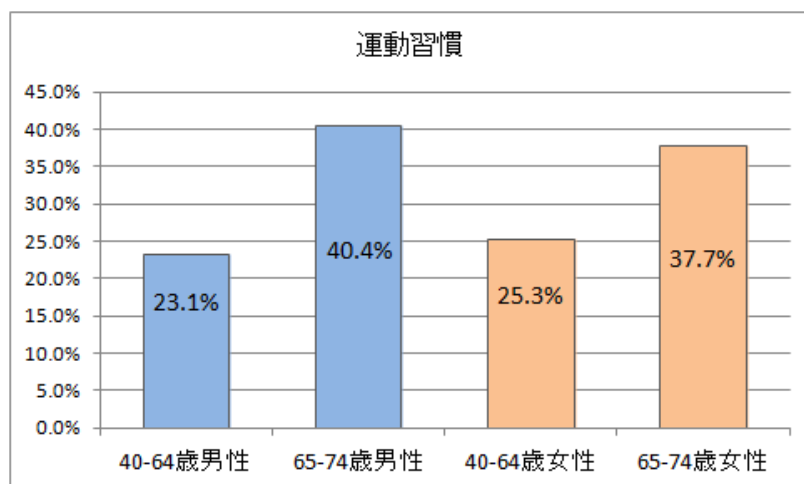
③現状と目標

ア 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(40～60 歳代)と比較して高齢者世代(70 歳以上)では明らかに多くなりますが、上天草市も同様の傾向です。

(図 1)

図 1 性別・年代別の運動習慣者の割合



H23 特定健診問診表より (※ 1回 30 分以上の運動を、週に 2 回以上、1 年以上おこなっている人)

運動を始めるきっかけとして体を動かすイベントや教室、運動ができる施設・機会の情報提供、地域の集まりの中で運動に関する啓発・指導に取り組んでいくために、民間団体と協力して取り組んでいくことが必要です。

イ 介護保険サービス利用者の増加の抑制

上天草市の要介護認定者数は平成 23 年 9 月末には、2,011 人となり、1 号被保険者に対する割合は 19.5%となっています。

平成 18 年 9 月末の要介護認定者数 1,842 人と比較して、介護認定者数は約 1.1 倍に増加しています。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向は続くと推測され、上天草市でも、平成 26 年度には要介護認定者数が 2,413 人で平成 23 年 9 月末より 402 人の増加、要介護認定率も 22.2%と現在より 2.7%上昇するとの予測がされています。

要介護状態となる主な原因の 1 つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。(表 1)

運動器の変化

年齢	保育園・幼児園児	小学生	中学生	高校生	成人					高齢者	
	4～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
骨	紫外線、重力、圧力、カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる				18歳 骨密度ピーク			閉経	女性ホルモンの影響で、大腿骨・脊椎の骨密度が優先的に低下		
筋力		12～14歳 持久力最大発達時期	14～16歳 筋力最大発達時期			筋力減少 始まる	目立って 減少			ピーク時の約2/3に減少	
神経	平衡感覚 最大発達時期	10歳 運動神経完成							閉眼片足立ち(平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性)が20歳代の20%に低下		
足底	6歳 土踏まずの完成										
運動	園での遊び	体育の授業				運動習慣ありの人 割合が低い					
		スポーツ少年団	部活動								
	持久力・筋力 の向上				持久力・筋力 の維持						

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考:長野県松川町保健活動計画等

また、運動器疾患の発症予防や、重症化予防のために行う、身体活動量の増加や運動の実践には、様々な方法がありますが、運動器の 1 つである関節への負担を軽減しながら行うことのできる、水中での歩行や体操といった運動は、最も安全かつ効果的な運動と考えられているため、水中運動が可能なスパタラソ等利用促進への周知に努める必要があります。

④対策

- ア 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進
- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導

- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ・介護予防普及啓発事業の実施

イ 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・まちづくり等で整備された気軽に歩くことができるウォーキングロードの利用促進
- ・市の各部局や関係機関が実施しているイベント等への勧奨
菜の花ウォーク、龍ヶ岳山頂ウォークラリー、パールラインマラソン、上天草元気島計画 等

ウ 運動をしやすい環境の整備

- ・運動施設やプール等の利用促進
体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症及び重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、誰でも気軽に通年で行える施設の利用促進
- ・介護保険事業計画に基づく地域支援事業の実施および充実

(3) 飲酒

①はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、陶酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1 日平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。

しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g/日（日本酒 2 合/日）、女性では 22 g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

世界保健機構(WHO)のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の域値を男性 1 日 40g を超える飲酒、女性 1 日 20g を超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。

そのため、健康日本 21（第 2 次）においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で 1 日平均 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

②基本的な考え方

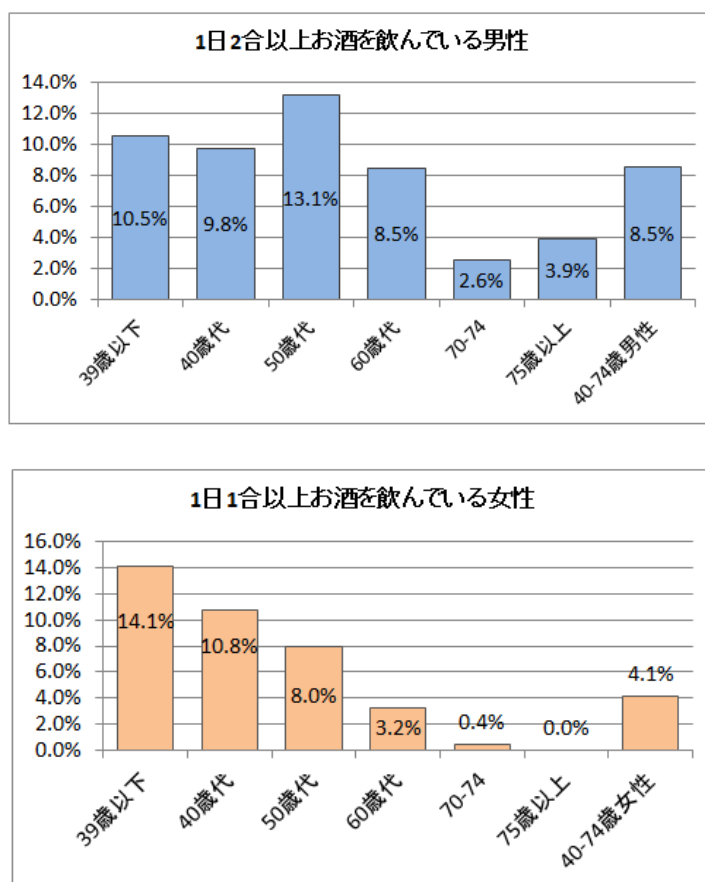
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の低減

上天草市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性では 50 歳代が最も多く 13.1%、女性は 39 歳以下が最も多く 14.1%です。（表 1）

表 1 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合



H23 生活習慣病健診・特定健診問診表にて

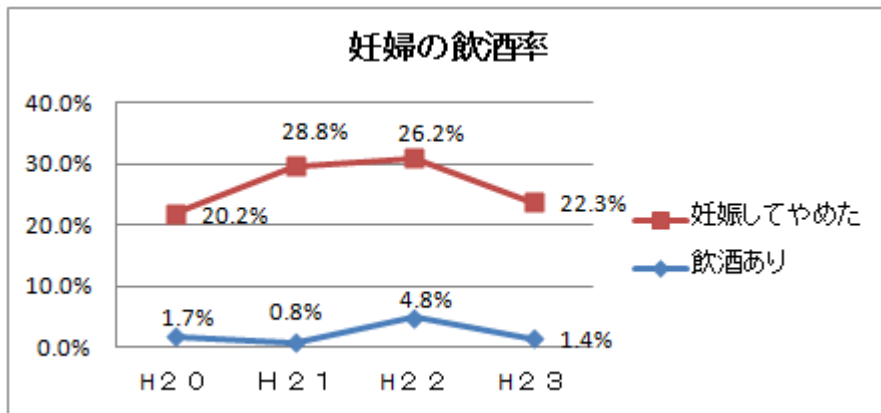
男性 1 日 2 合以上お酒を飲んでいると答えた人、女性 1 日 1 合以上お酒を飲んでいると答えた人

現在、 γ -GT が受診勧奨値を超えている人については、家庭訪問などで個別の指導を行っていますが、今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要になります。

イ 妊娠中の飲酒をなくす

妊婦の飲酒については、妊娠がわかってからも飲酒を続けている人が、約 2%みられます。飲酒の児に与える影響について、妊娠前から学習する機会が必要です。(表 2)

表2 妊婦の飲酒をしている人の割合の推移



H20－23市妊娠届出書より

④対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
母子健康手帳交付、乳幼児健康診査及び相談、思春期への健康教育、がん検診等
- ・地域特性に応じた健康教育

イ 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・生活習慣病健診、上天草市国保特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

(4) 喫煙

①はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。

具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていませんが、発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなること(「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の予防・早期発見に関する検討会」の提言)から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこ健康について正確な知識を普及する必要があります。

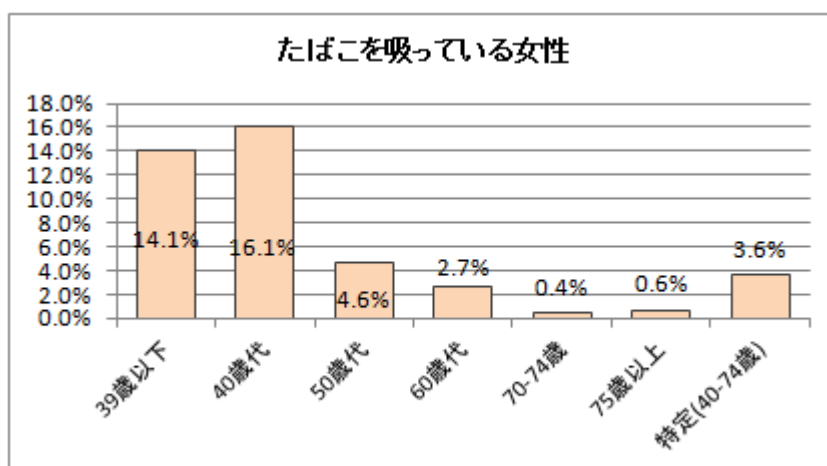
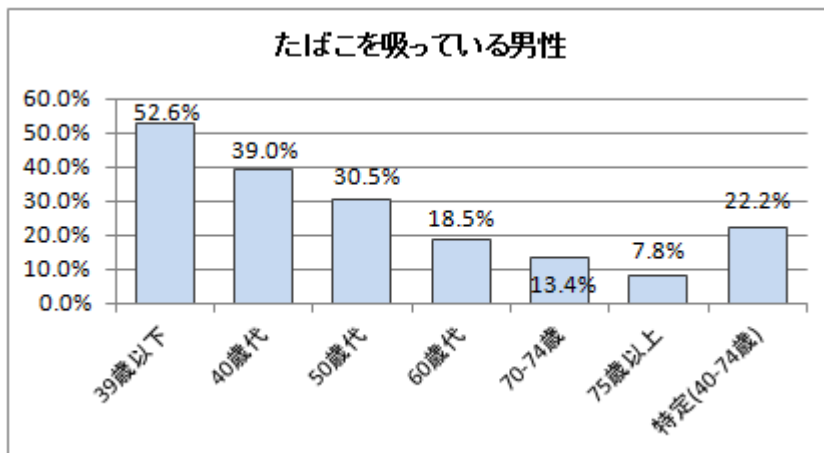
③現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

上天草市の成人の喫煙率は、男性は39歳以下で最も高く52.6%、女性は40歳代で最も高く16.1%です。男女ともに年齢が上がるとともに喫煙率は低くなってきています。(表1)

表1 性別・年代別喫煙率

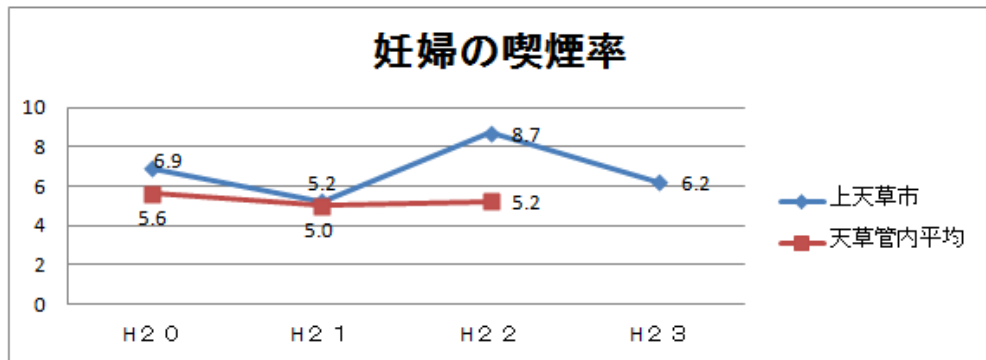


平成 23 年度生活習慣病・特定健診問診表より

イ 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙率は、6%前後で推移しています（表 2）。しかし、喫煙者の中には1日10本以上吸っている方もみられるため、喫煙の児に対する影響を若い時期から学習する機会が必要です。

表2 妊婦喫煙率の推移



妊娠届出書より

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけではやめたくてもやめられないこともあります。今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

④対策

ア たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
母子健康手帳交付、乳幼児健康診査及び相談、思春期への健康教育、がん検診等

イ 禁煙支援の推進

- ・生活習慣病健診・上天草市国保特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導

(5) 休養

①はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。

十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

②基本的な考え方

様々な面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。

労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復や、健康の保持を図ることが必要になります。

③現状と目標

ア 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

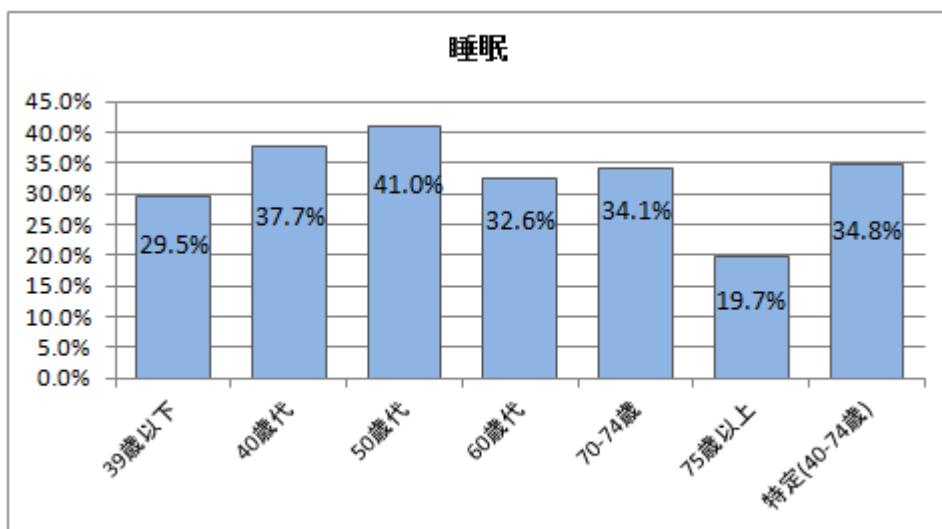
また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

このように、睡眠に関しては、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。

上天草市では、生活習慣病健診・上天草市国保特定健康診査受診者に対し、「睡眠で休養が十分とれていますか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、40歳から74歳では約3割の人が「いいえ」と答えており、年代別では50歳代が41.0%と最も高くなっています。(表1)

表 1 睡眠で十分な休養がとれていない人の年代別割合



平成 23 年度生活習慣病・特定健診問診表より

④対策

- ア 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進
- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

4. こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。

これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。

特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。

自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

また、高齢化に伴い認知症高齢者が確実に増加することも予測されます。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

②基本的な考え方

現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

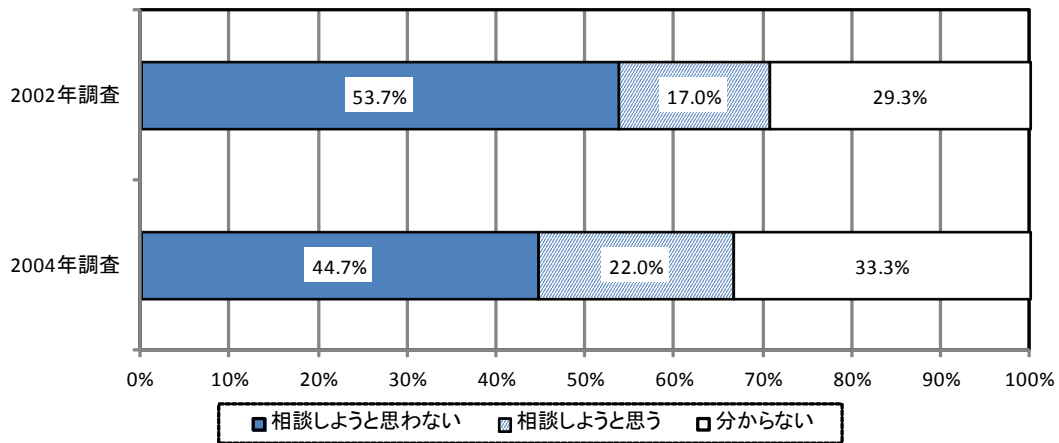
そのため、一人ひとりが、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時、または認知症を疑うときに、精神科を受診したり、相談したりすることは少ない現実があります。

(図 1・2)

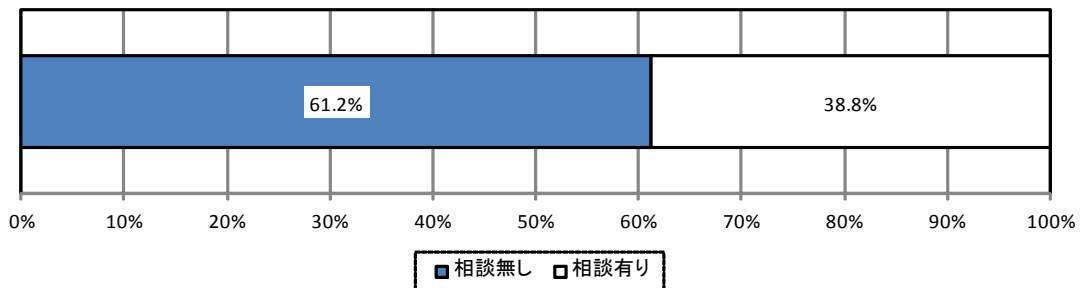
図1 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識

(久慈地域における地域住民の意識調査)



自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

図2 自殺企図前の相談の状況



自殺企図前の実態と予防介入に関する研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
保坂 隆 東海大学医学部教授

悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取り組みが最も重要になります。

③現状と目標

ア 自殺者の減少(人口 10 万人当たり)

自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。

WHO（世界保健機構）によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これらの3種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされています。

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためとされています。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。

このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。

うつ病などの、より客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。(図3)

図3 うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査

(2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される)

【検査の原理】

脳を働かせる課題を行う際の前頭葉の血液量変化を測定し、脳の機能の状態を検討する

【検査の実際】

「あ」で始まる名詞を思いつく限り言うなどの簡単な課題に答える



【検査で明らかになること】

健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血液量が急増

課題に答えている間中、血液量は高いレベルを維持する

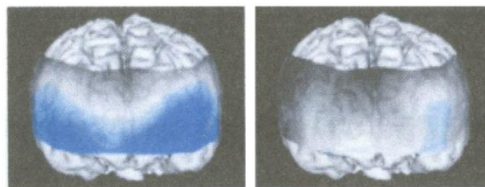
うつ病患者：すぐに反応するものの、血液量はあまり増えない

※ NIRS でとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

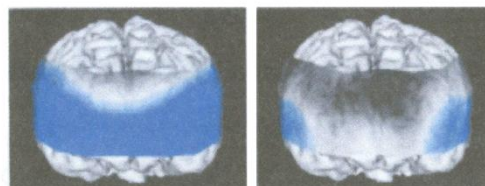
	NIRS 波形	賦活反応性
健康者		明瞭 (賦活に応じて)
うつ病		減衰 (初期以降)

※ NIRS データのトポグラフィー

課題開始 10 秒後 0.2 0.0 [mMmm]



課題開始 50 秒後



健康者

大うつ病

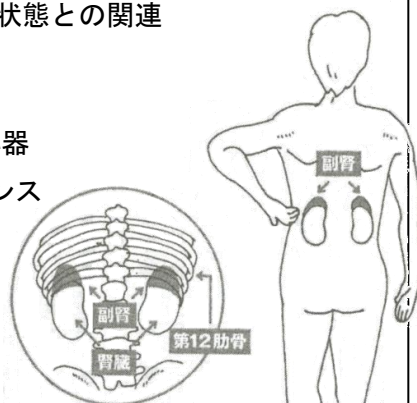
NIRS とは…近赤外線分光鏡 (near-infrared spectroscopy) の保険収載名である

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります。（図4）

図4 副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）と精神状態との関連

【副腎の働き】

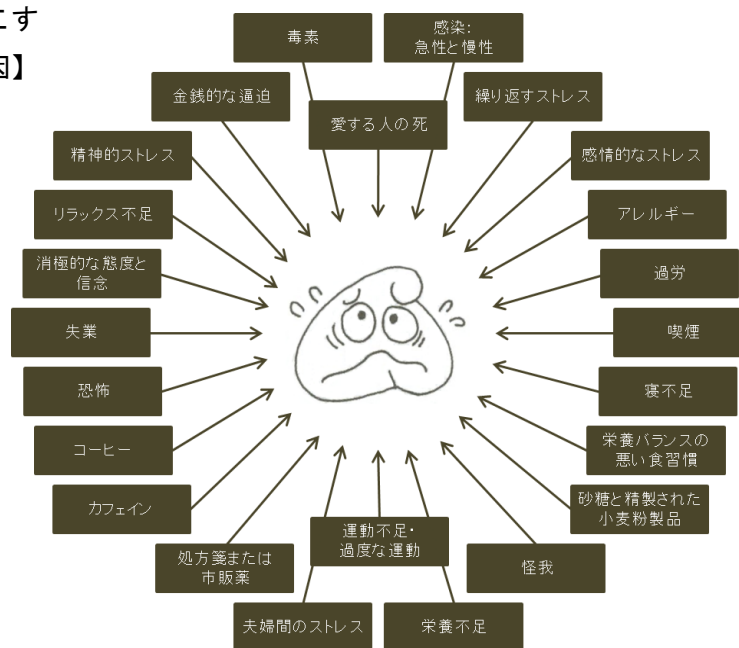
腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器
 「体内での糖の蓄積と利用を制御」「電解質バランスを調整」「性ホルモン」「体のストレス反応などの調整」を行っている



【精神状態への影響】

- ・ 恐怖や不安、うつ状態が強まる傾向
- ・ 混乱したり、集中できなくなったり、記憶力が冴えなくなる
- ・ 忍耐力がなくなり、イライラしやすくなる
- ・ 不眠症も引き起こす

【副腎に影響する要因】



【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主要な要素】

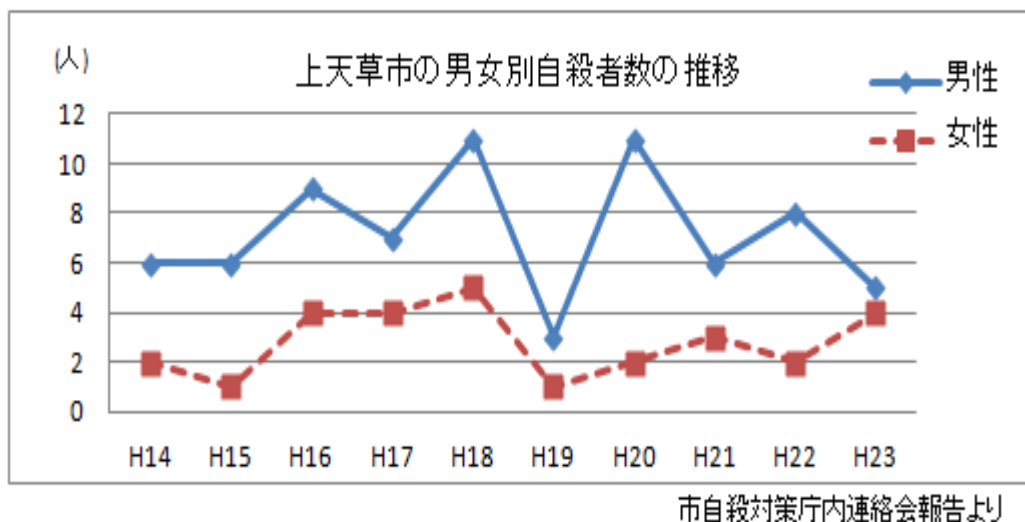
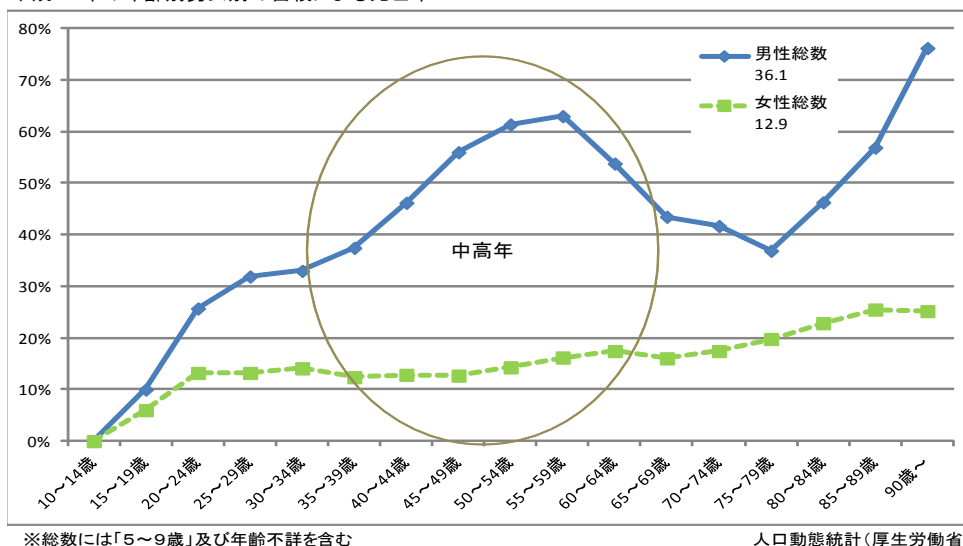
- ・ 睡眠不足
- ・ 栄養バランスの悪い食事
- ・ 疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- ・ 疲れていても夜更かしすること
- ・ 長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
- ・ 長い間、勝ち目のない状況に留まること
- ・ 完璧を目指すこと
- ・ ストレス解消法がないこと

こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

同時に、日本の自殺は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性においては50歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることが特徴です。

上天草市においては、平成22年・23年の2年間で自殺した人は19人で男性13人、女性6人と男性が多い状況です。年齢別では、20歳代2人、30歳代3人、40歳代3人、50歳代0人、60歳代4人、70歳代4人、80歳以上3人と高齢者に多くなっています。40歳代に3人いますが、この年代の背景としては経済状況や仕事（過労）などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。（図5）

図5 男女別自殺者の動向
平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率



上天草市の年代別自殺者数(平成22～23年度総数)

	20～29	30～39	49～49	50～59	60～69	70～79	80～	計
男性	1	3	2	0	3	2	2	13
女性	1	0	1	0	1	2	1	6
合計	2	3	3	0	4	4	3	19

市自殺対策庁内連絡会報告より

上天草市では、平成21年度から自殺対策緊急強化事業に取り組み、人材育成事業として、民生委員・児童委員研修会の開催、普及啓発事業、講演会を開催しました。

上天草市自殺対策庁内連絡会も開催し、関係部署と連携を図っています。

イ 認知機能低下ハイリスク高齢者の向上

上天草市の要介護認定者別認知症自立度をみると、認知症の進行が進むと考えられるⅡ以上の割合が認定者全体の57.4%となり、半数を超えている状況です。認知症は早期発見・早期対応することで認知機能低下の進行を遅らせることができることがわかっています。

このため、認知症に対する正しい知識と理解の普及を図り、認知症疾患医療センターやかかりつけ医、地域包括支援センターとの連携を強化し、認知機能低下の高齢者の早期発見・早期対応につながる地域のネットワーク体制づくりや把握方法が必要になっています。

認定者別認知症自立度

単位:人

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
自立	222	175	4	58	36	29	8	532	25.9%
I	109	105	21	45	32	23	5	340	16.6%
Ⅱa	23	11	50	21	17	13	10	145	7.1%
Ⅱb	30	18	201	104	53	36	18	460	22.4%
Ⅲa	1	0	9	45	66	132	63	316	15.4%
Ⅲb	0	0	1	5	9	32	16	63	3.1%
Ⅳ	0	0	0	2	2	42	136	182	8.9%
M	0	0	0	0	0	6	4	10	0.5%
不明	0	3	1	1	1	0	0	6	0.3%
合計	385	312	287	281	216	313	260	2054	100.0%

上天草市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画より

④対策

ア こころの健康に関する教育の推進

- ・種々の保健福祉事業の場での教育や情報提供
(出前講座、広報掲載、パンフレット配布)

イ 専門家による相談事業の推進

- ・精神保健相談やデイケアの開催
- ・認知症地域支援体制の整備

ウ 認知機能低下ハイリスク高齢者の早期発見

- ・二次予防事業対象者把握事業（65歳以上全員に「基本チェックリスト」）の実施
- ・高齢者実態把握事業の実施

エ 認知機能低下ハイリスク高齢者の早期対応

- ・介護予防事業の実施および充実
- ・認知症地域支援体制の整備

5. 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては「科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標の設定」、「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」、「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により、自治体が自ら進行管理できる目標の設定」が示されています。

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定した目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

そのために、目標項目として設定する指標について、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものの例示もされました。

これらを踏まえ、上天草市でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。(表1)

表1 上天草市の目標の設定

分野	項目	国の現状値		市の現状値		国の目標値		市の目標値		データソース
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(人口10万人当たり)	84.3	平成22年	粗死亡率 372.4	平成22年	739	平成27年	現状維持	平成27年	①
	②がん検診の受診率の向上		平成22年	対象は40~89歳 (子宮がんは20~89歳)	平成22年度 (推計対象者)		当面		平成28年	②
	胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%		11.0%		40%		50%		
	肺がん	男性 24.9% 女性 24.2%		33.6%		40%		50%		
	大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		15.8%						
	子宮頸がん	32.0%		26.2%						
	乳がん	31.4%		0%(マンモのみ12.7%)						
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(人口10万人当たり)		平成22年		平成22年度 粗死亡率		平成34年度	現状維持	平成34年度	①
	脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9		男性 151.8 女性 162.3		男性 41.7 女性 24.7		現状維持		
	虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3	男性 72.3 女性 68.9	男性 31.8 女性 13.7		25%				
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)		27.7%	平成22年度		男性 6.2% 女性 8.8%				
	③脂質異常症の減少(LDLコレステロール160mg/dl)	男性 8.3% 女性 11.7%	平成22年	男性 7.9% 女性 12.3%	平成22年度	男性 6.2% 女性 8.8%				③
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	27.0%	平成22年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	25%	平成27年度	
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
特定健康診査の実施率	41.3%	平成21年度	22.9%	平成22年度	60.0%	平成27年度	60.0%	平成27年度		
特定保健指導の終了率	12.3%		52.7%		60.0%		60.0%			
糖尿病	①合併症(糖尿病性腎症による新規透析導入患者数)の減少	16,271人	平成22年	5人	平成22年度	15,000人	平成34年度	5人	平成34年度	④
	②治療継続者の割合の増加	63.7%		43.4%		75%		55%		
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c(JDS)8.0%以上の者の割合の減少)	1.2%	平成21年度	0.7%	平成22年度	1.0%		0.5%		③
	④糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890万人		7.2%		1,000万人		7.5%		
CKD	新規透析導入患者数の減少			14人	平成22年			9人	平成34年度	④
歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		平成21年		平成22年度		80%以上		80%以上	⑤
	3歳児でう蝕のない者の割合の増加	77.1%		60.7%		1.0本未満		1.5本		
	12歳児の一人平均う蝕数の減少	1.3本		2.2本						
	②妊娠中の歯科健診を受診した者の増加			33.3%				69%		

分野	項目	国の現状値		市の現状値		国の目標値		市の目標値		データソース
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満・やせの減少)									
	20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届時のやせの者の割合)	29.0%	平成22年	15.6%	平成22年	20%	平成34年	10%	平成34年	⑧
	20～60歳代男性の肥満者の割合の減少(市は40～74歳BMI25以上)	31.2%		33.5%		28%		30%		③
	40～60歳代女性の肥満者の割合の減少(市は40～74歳BMI25以上)	22.2%		27.1%		19%		25%		
	②適正体重の子どもの増加									
	全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年度	8.5%	平成22年	減少傾向へ	平成26年	8%	平成26年	①
	肥満傾向にある子どもの割合の減少(小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合) 市は小学5年生の軽度・中等度・高度肥満傾向児の割合	男子 4.6% 女子 3.4%	平成23年	男子 17.4% 女子 19.6%	平成23年	減少傾向へ		減少傾向へ	⑦	
	③健康な生活習慣を有する子どもの割合の増加									
	朝食欠食率(3歳児)			5.6%	平成22年			3%		⑥
	朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加(5年生)	84.5%	平成17年度	84.4%	平成23年	100%に近づける	平成34年度	100%に近づける		⑤
④健康な生活習慣を有する者の増加										
朝食欠食週3回以上(40～64歳男性)			10.0%	平成23年		5%			③	
⑤低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%	平成22年度	19.6%	平成22年	22%	平成34年度	現状維持又は減少		⑩	
身体活動・運動	①運動習慣者の割合の増加									
	20～64歳(市は40～64歳運動習慣)	男性 26.3% 女性 22.9%	平成22年度	男性 23.1% 女性 25.3%	平成23年	男性 36% 女性 33%	平成34年度	男性 33% 女性 35%	平成34年度	③
	65歳以上(市は65～74歳運動習慣)	男性 47.6% 女性 37.6%		男性 40.4% 女性 37.7%		男性 58% 女性 48%		男性 50% 女性 48%		
②介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	2,011人	平成23年9月	657万人	平成37年度		2,413人		
飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているの者の割合の減少(1日当たりの純アルコール摂取量男性が40g以上、女性20g以上)	男性 15.3% 女性 7.5%	平成22年	男性 8.5% 女性 4.1%		男性 13% 女性 6.4%	平成34年度	男性 7% 女性 3%	平成34年度	③
	②妊娠中の飲酒をなくす	8.7%	平成22年	4.8%	平成22年	0%		0%		⑧
喫煙	①成人の喫煙率の減少(市は40～74歳)	19.5%	平成22年	男性 22.2% 女性 3.6%	平成22年	12%		男性16% 女性 2%		③
	②妊娠中の喫煙をなくす	5.0%	平成22年	8.7%	平成22年	0%	0%	⑧		
休養	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成21年	34.8%	平成22年	15%	30%	③		
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	234人	平成22年	336	平成22年	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定			①	

①人口動態統計
②市がん検診
③市国保特定健康診査
④市国保レセプト・更生医療の状況
⑤食育推進に関する調査

⑥市3歳児健診結果
⑦市学校保健統計
⑧市妊娠届
⑨介護保険事業計画
⑩基本チェックリスト

第Ⅲ章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進

(1) 活動展開の視点

健康増進法は、第2条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、第8条において自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

市民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む市にとっても、一人ひとりの市民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を上天草市の重要な行政施策として位置づけ、「第2期上天草市健康づくり推進計画」の推進においては、市民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。

一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

一人ひとりの生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

市としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や地域の習慣や特徴など共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、市民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる地域活動をめざします。

これらの活動が、国民運動の5つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

(2) 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取り組みを進めるにあたっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

上天草市庁内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。

また、市民の生涯を通じた健康の実現を目指し、市民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、健康づくり推進する団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

上天草市健康づくり推進計画(健康増進計画・食育推進計画)

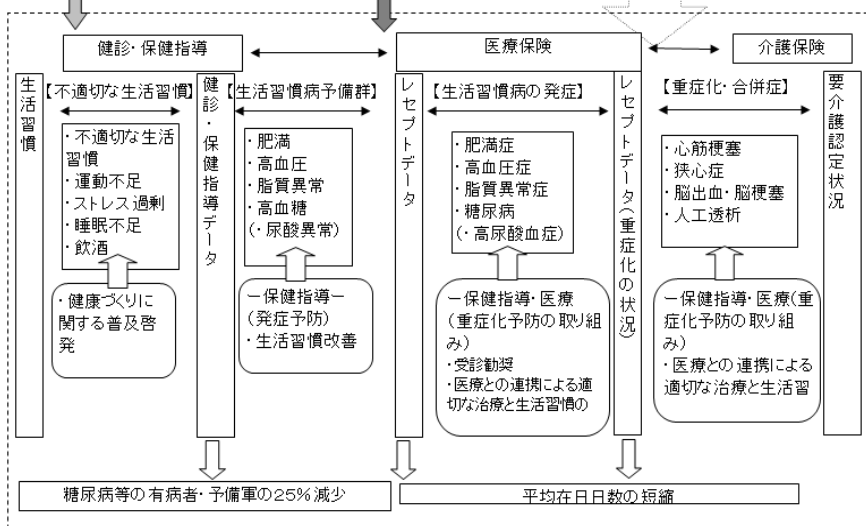
健康増進法

ライフサイクル	胎児	乳児	幼児				学童・学生				成人				後期高齢者			
対象年齢	妊婦	出生	1歳	1歳6ヶ月	2歳	3歳	保育園	小学校	中学校	高校	大学	就労	30	40	65	75		
予防接種																インフルエンザ		
健康教育	母子手帳交付	2ヶ月児学級				幼児歯科(フッ素塗布・洗口)		思春期保健(学校と連携) 小中学校のフッ化物洗口									地区組織・各種団体等への講話、健康教室等	
地区組織活動	母子保健連絡協議会・母子保健推進員(母子)																	
関連機関	歯科保健協議会・8020推進員(歯科保健)																	
	食生活改善推進協議会・食生活改善推進員(栄養)																	
	医療機関(医師会・歯科医師会)																	
	保健所																	
	地域療育・保育園																	
	教育委員会																	
	学校(学校保健委員会)																	
医療機関・健診機関																		
福祉課																		
健診(根拠法)	妊婦検診/妊婦歯科	3~4ヶ月児	6~8ヶ月児	◎1歳6ヶ月児	2歳児歯科	◎3歳児	就学前健診										【住民健診(総合健診)】 生活習慣病(健康増進法) 特定健診(高齢者医療確保法) がん検診(健康増進法)	後期高齢者健診(高齢者医療確保法)
	(母子保健法)																	
	(学校保健法)																	
訪問・保健指導	妊婦訪問	新生児訪問	乳幼児訪問	保育園訪問													特定保健指導	保健指導(結果説明、家庭訪問)
重点事業	慢性腎臓病(CKD)および糖尿病対策																	
	特定健診未受診者対策																	

健康診査等指針(9条)
⇒健康増進事業実施者
↓
母子保健法・学校保健法・高齢者医療確保法・介護保険法・医療保険者

94

その他: 地域医療推進会議・予防接種研修会・母子保健推進研修会・特定健診説明会等の開催



2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータである健診データを見続けていく存在です。

健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみでつくられるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣や、その家族が生活している地域などの社会的条件のなかでつくられていきます。

広大な市で、地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、市民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

上天草市の保健師設置数は全国及び熊本県の平均よりも多い状況ですが、保健部門の配置割合が47.6%と県内で一番低い割合になっています。(表2)

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」(橋本正己)です。

保健師や管理栄養士等の専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

表2 平成23年度 熊本県市町村保健師設置状況

市町村名	人口	保健師1人当たり人口	部門別保健師の配置割合			保健師数 総数(人)	保健部門(人)			福祉部門(人)					その他(人)			計		
			保健部門	福祉部門	その他		保健	国保	★計	介護保険	地域包括支援センター	老人福祉	児童福祉 保育所等	障害者福祉等	計	職員の健康管理・教委	病院・訪問ステーション		その他	
熊本市	730,109	(5,178)	(58.2%)			(141)	(80)	(2)	(82)											
人吉市	35,585	2,965	66.7%	33.3%	0.0%	12	8		8			3								0
荒尾市	55,267	3,684	66.7%	26.7%	6.7%	15	10		10	1		2			1			1		1
水俣市	27,018	3,002	55.6%	22.2%	22.2%	9	5		5				2					1		2
宇土市	37,614	4,702	75.0%	12.5%	12.5%	8	6		6					1				1		1
上天草市	29,466	1,473	47.6%	33.3%	19.0%	21	10		10	2		3				2		1		4
山鹿市	55,417	2,519	68.2%	31.8%	0.0%	22	15		15	1		3			3			2		4
宇城市	61,935	3,260	78.9%	21.1%	0.0%	19	15		15											0
阿蘇市	28,482	3,165	77.8%	22.2%	0.0%	9	7		7			2								0
菊池市	50,756	3,625	64.3%	35.7%	0.0%	14	9		9			2			1		2			0
八代市	131,925	3,998	81.8%	15.2%	3.0%	33	27		27			2			3			1		1
玉名市	69,512	3,659	68.4%	31.6%	0.0%	19	13		13					3	1		1			0
合志市	54,434	3,888	78.6%	21.4%	0.0%	14	11		11	1		2								0
天草市	88,988	2,781	62.5%	37.5%	0.0%	32	20		20	7(介護予防含む)				2	3					0
美里町	11,450	2,290	80.0%	20.0%	0.0%	5	4		4	1										0
玉東町	5,522	1,841	66.7%	33.3%	0.0%	3	2		2			1								0
和水町	11,192	1,599	71.4%	28.6%	0.0%	7	5		5			2								0
南関町	10,656	2,131	80.0%	20.0%	0.0%	5	4		4			1								0
長洲町	16,547	4,137	100.0%	0.0%	0.0%	4	4		4											0
大津町	31,124	5,187	66.7%	33.3%	0.0%	6	4		4			2								0
菊陽町	36,930	4,616	62.5%	37.5%	0.0%	8	5		5	1		1			1					0
南小国町	4,308	2,154	100.0%	0.0%	0.0%	2	2		2											0
小国町	7,939	1,985	75.0%	25.0%	0.0%	4	3		3			1								0
産山村	1,640	820	100.0%	0.0%	0.0%	2	2		2											0
高森町	6,689	1,672	75.0%	25.0%	0.0%	4	3		3	1										0
南阿蘇村	11,879	1,980	66.7%	16.7%	16.7%	6	4		4			1							1	1
西原村	6,781	2,260	66.7%	33.3%	0.0%	3	2		2			1								0
御船町	17,718	3,544	60.0%	40.0%	0.0%	5	3		3											0
嘉島町	8,602	2,867	100.0%	0.0%	0.0%	3	3		3											0
益城町	33,010	4,126	75.0%	25.0%	0.0%	8	6		6	1				1						0
甲佐町	11,127	1,855	100.0%	0.0%	0.0%	6	6		6											0
山都町	17,043	1,420	75.0%	25.0%	0.0%	12	9		9											0
氷川町	12,697	2,539	100.0%	0.0%	0.0%	5	5		5											0
芦北町	19,424	3,885	80.0%	0.0%	20.0%	5	4		4										1	1
津奈木町	5,057	2,529	100.0%	0.0%	0.0%	2	2		2											0
錦町	11,154	2,231	80.0%	20.0%	0.0%	5	3		3			1								0
あさぎり町	16,524	1,377	83.3%	16.7%	0.0%	12	10		10			2								0
多良木町	10,512	1,752	66.7%	33.3%	0.0%	6	4		4											0
湯前町	4,399	1,466	100.0%	0.0%	0.0%	3	2		2			1								0
水上村	2,459	1,230	100.0%	0.0%	0.0%	2	2		2											0
相良村	4,942	1,647	100.0%	0.0%	0.0%	3	3		3											0
五木村	1,170	1,170	100.0%	0.0%	0.0%	1	1		1											0
山江村	3,680	1,227	66.7%	33.3%	0.0%	3	2		2			1								0
球磨村	4,304	1,435	66.7%	33.3%	0.0%	3	2		2											0
苓北町	8,511	2,837	66.7%	33.3%	0.0%	3	2		2			1								0
★全 国	127,038,502	9,332	72.3%	24.6%	3.1%	18,831	13,302	311	13,613	1,021	2,475	297	274	565	4,632	136	84	366	586	
市町村計	1,811,498	2,907	72.7%	24.4%	2.9%	373	269	2	271						91	4	3	4	11	

96

※総人口：平成22年5月1日現在
保健師数は、平成23年4月1日現在での県への報告数を計上した。

※この市町村計には、熊本市は含めていない。また、市町村計の各部門への配置割合にも熊本市は含めていない。
熊本市を含めると市町村保健師総数は、514名となる。

第Ⅳ章

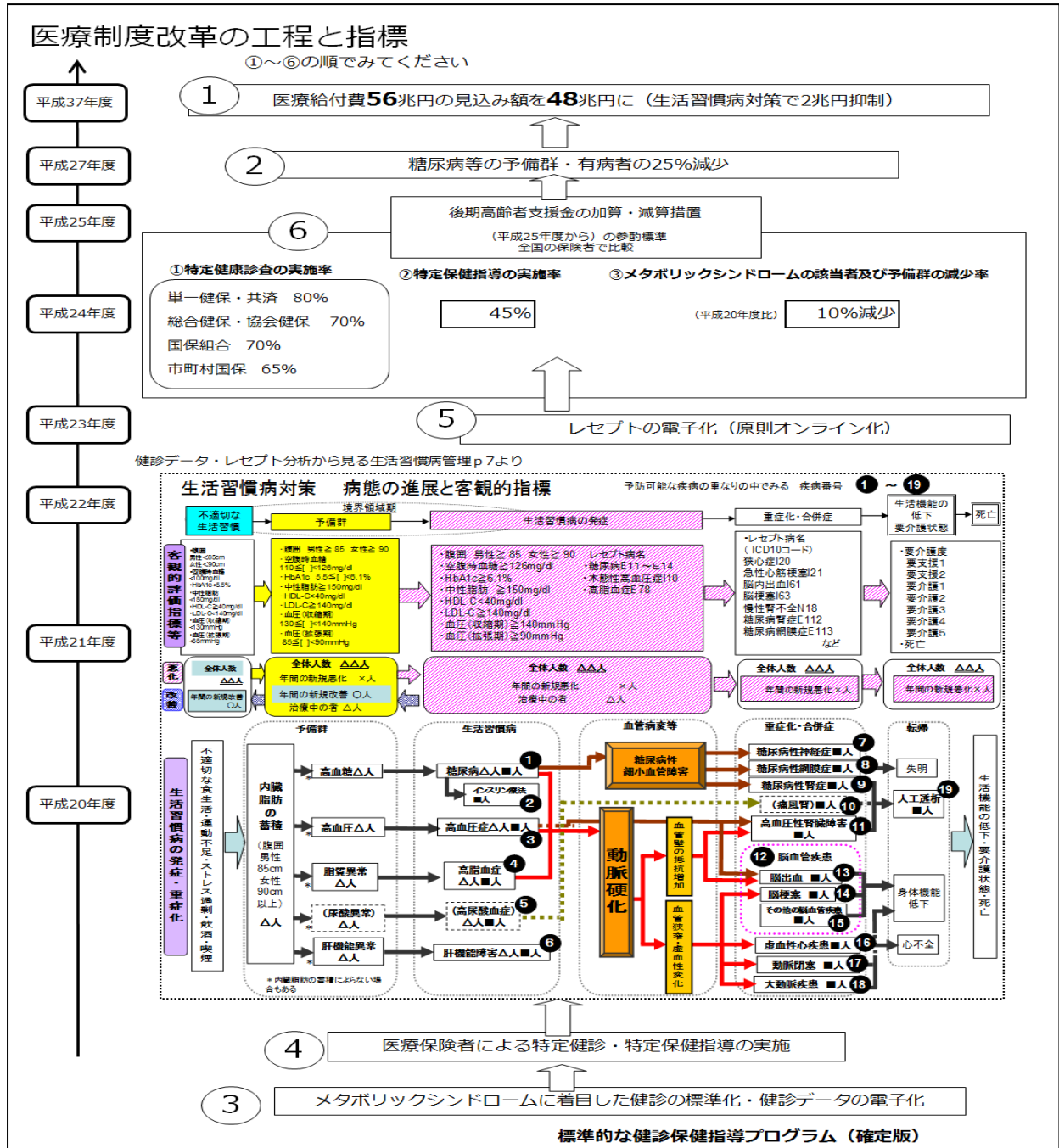
第 2 期 上天草市国民健康保険 特定健康診査等実施計画

1 制度の背景について

(1) 医療制度改革の工程と指標

図 医療制度改革の工程と指標

特定健診・保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示したものです。



左の縦軸に時間の流れ、下から上に進んでいきます。特定健診・特定保健指導は、平成17年度に出された医療制度改革の中のひとつの動きです。①～⑥の順序で見ていきます。

- ①図の一番上平成 37 年度は、どういう時期かということ、団塊の世代の人たちが 75 歳になるころです。国はこのときの給付費 56 兆円と見込まれているところを、制度改革で 48 兆円にできないか、そのうち生活習慣病対策で 2 兆円を抑えてほしいと考えました。
- ②そのためには、平成 27 年度までに糖尿病等の有病者・予備群を 25%減らしたい。そこで、
- ③厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作り、
- ④平成 20 年度から各医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしました。
- ⑤今までバラバラだった健診と医療の状況を照らし合わせて見られるように、健診データも医療の状況であるレセプトも電子化しました。
- ⑥5 年目の今、全国で評価できる時期がきています。

(2) 社会保障と生活習慣病

特定健診・特定保健指導を規定する「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的には、この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとあります。

また特定健康診査は、メタボ健診と呼ばれていますが、同法 18 条では特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。）と書かれています。

なぜ糖尿病対策が重要なのか、なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少なのか？社会保障の視点でみてみました。

表 社会保障と生活習慣病

横軸、左から年代、生活習慣病対策に関する世界の動き、国の動き、国の財政（税収・歳出・借金）、社会保障給付費となっています。医療費も社会保障に含まれるので、予防可能とされる糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、がんの医療費の内訳を見てみました。単位は「兆円」となります。

1982 年、昭和 57 年に老人保健法が制定されました。国の税収 30 兆、社会保障費 30 兆、うち医療費は 12 兆で糖尿病 3000 億円、虚血性心疾患 3000 億円、脳血管疾患 9000 億円、がん 8000 億円です。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成 20 年度は、国の税収 44 兆円、社会保障費 94 兆円、医療費 29.6 兆円、糖尿病は 1.2 兆円、虚血性心疾患 8000 億円、脳血管疾患 1.6 兆円、がん 2.9 兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和 57 年と比べて、医療費は 2.4 倍となりましたが、そのうち糖尿病は 3.9 倍、虚血は 2.5 倍、脳は 1.7 倍、がんは 3.5 倍の医療費となっています。生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすことから、糖尿病の予防を目標としたのだと理解できます。

社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政		社会保障給付費								
			一般会計 税収決算額 (兆円)	一般会計 歳出決算額 (兆円)	長期債務残高 (国・地方) (兆円)	計 (兆円)	医療 (兆円)	糖尿病 (兆円)	虚血性心疾患・ 脳血管疾患 (兆円)	主要疾患別医療費 (兆円)	年金 (兆円)	福祉・その他 (兆円)	
1978 昭和53	WHOアルマタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9					7.8	3.0
1982 昭和57		★ 老人保健法制定	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8	13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオタワ憲章（ヘルスプロモーション）		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動 （アクティブ80ヘルスプラン）	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動 （健康日本21）	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9
2006 平成18		医療制度改革（予防重視、後期高齢者医療制度の創設）	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の提示	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2
2008 平成20	WHO「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾患（NCD；心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）と4つの共通する危険因子（喫煙、運動不足、不健康な食事、過度の飲酒）の予防と管理のためのパートナーシップ	★ 特定健診・特定保健指導スタート	44.3	84.7	770.4	94.1	29.6	1.2	0.8	1.6	2.9	49.5	14.9
2011 平成23	腎臓病もNCDに追加 世界人口が70億人突破（1950年の25億人の3倍近く）		40.9	94.7	893.9								
2012 平成24		4月 次期国民健康づくり運動プラン（第2次健康日本21）報告書たたき台公表											

1982年（昭和57年）の何倍？

2.4 3.9 2.5 1.7 3.5

(3) 特定健康診査の基本的考え方

(「特定健康診査等基本指針の改正」(平成24年9月28日 厚生労働省大臣告示))

- (1) 国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加して生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになります。
- (2) 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関係していて、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ、適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。
- (3) 特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について	
これまでの健診・保健指導	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係 健診に付加した保健指導	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴 プロセス(過程)重視の保健指導	結果を出す保健指導
目的 個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容 健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者 健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法 一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価 アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体 市町村	医療保険者

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

(4) 第2次健康日本21における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。国の健康づくり施策も平成25年度から新しい方針でスタートします。国の健康づくり施策（第2次健康日本21）の方向性との整合も図っていきます。

国が設定する目標項目53のうち、医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策のところになります。

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	① 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ② 脂質異常症の減少 ③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ④ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 ② 治療継続者の割合の増加 ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少） ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲） ⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）

特定健診・特定保健指導の実施率の向上から始まって、適正体重の維持、メタボ予備群・該当者の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制、血糖コントロール、HbA1c8.0以上の割合の減少、糖尿病性腎症による年間透析導入患者数の減少など、健診データ・レセプトデータで把握・評価できる具体的な目標項目になっています。

2 第1期の評価

(1) 目標達成状況

ア 実施に関する目標

① 特定健診実施率

市町村国保については、平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の65%以上が特定健康診査を受診することを目標として定められています。

表 特定健康診査の実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
目標	30%	40%	50%	60%	65%
実績	23.1%	24.7%	22.9%	27.8%	26.2%
対象者数	7,797人	7,694人	7,488人	7,362人	7,195人
受診者数	1,798人	1,900人	1,718人	2,045人	1,882人

平成25年3月31日現在

② 特定保健指導実施率

平成24年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目標として定められています。

表 特定保健指導の実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
目標	45%	45%	45%	45%	45%
実績	56.9%	65.1%	52.7%	36.3%	7.3%
対象者数	346人	312人	283人	336人	245人
終了者数	197人	203人	149人	122人	18人

平成25年3月31日現在

イ 成果に関する目標

①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率

次の算定式に基づき、評価することとされています。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○計画における目標値の評価に当たっては、H25年は、H24（=当該年度）／H20（=基準年度）とし、H26以降、減少率を算出するに当たっては、前年／前々年（例えばH26の場合はH25／H24）</p> <p>○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成の集団に、各医療保険者の性・年齢階層（5歳階級）別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる）を行う。</p> <p>○基点となるH20の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある（あるいは元々対象者が少なく実施率が100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある）ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く（年齢2階級×男女の4セグメント）した率を適用。</p>

現時点では、特定健康診査受診者の中の内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率を示します。

表 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

内臓脂肪症候群の	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
該当者	237人 13.2%	254人 13.4%	235人 13.7%	302人 14.8%	81人 4.3%
予備群	249人 13.8%	269人 14.2%	290人 16.9%	285人 13.9%	164人 8.7%

平成25年3月31日現在

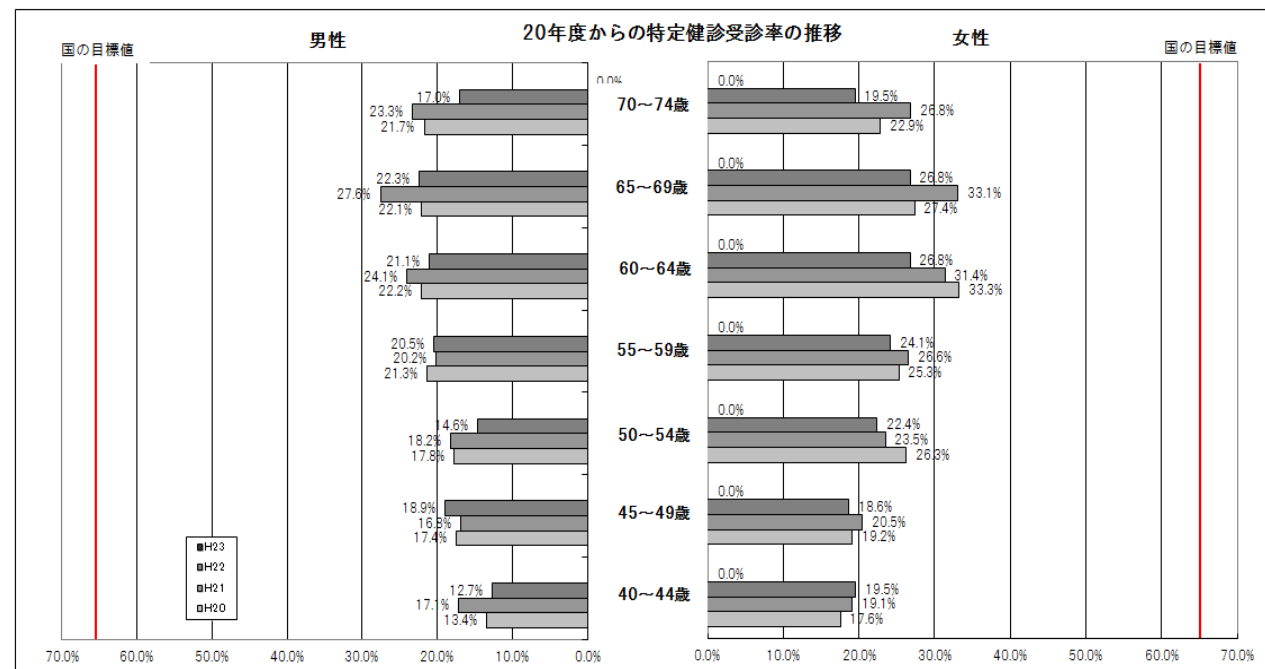
ウ 目標達成に向けての取り組み状況

①健診実施率の向上方策

平成20年度からの特定健診受診率の推移をみたものです。

性・年齢階級別で受診率をみる

		40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
男性	H20	307	41	13.4%	345	60	17.4%	483	86	17.8%	567	121	21.3%	659	146	22.2%	689	152	22.1%	750	163	21.7%
	H21	286	49	17.1%	345	58	16.8%	462	84	18.2%	545	110	20.2%	693	167	24.1%	682	188	27.6%	751	175	23.3%
	H22	268	34	12.7%	328	62	18.9%	432	63	14.6%	528	108	20.5%	736	155	21.1%	658	147	22.3%	734	125	17.0%
	H23	0	30	#DIV/0!	0	50	#DIV/0!	0	96	#DIV/0!	0	107	#DIV/0!	0	202	#DIV/0!	0	212	#DIV/0!	0	179	#DIV/0!
女性	H20	245	43	17.6%	313	60	19.2%	403	106	26.3%	530	134	25.3%	715	238	33.3%	851	233	27.4%	940	215	22.9%
	H21	241	46	19.1%	283	58	20.5%	366	86	23.5%	531	141	26.6%	758	238	31.4%	831	275	33.1%	920	247	26.8%
	H22	205	40	19.5%	263	49	18.6%	348	78	22.4%	518	125	24.1%	814	218	26.8%	784	210	26.8%	872	170	19.5%
	H23	0	37	#DIV/0!	0	52	#DIV/0!	0	79	#DIV/0!	0	147	#DIV/0!	0	288	#DIV/0!	0	295	#DIV/0!	0	234	#DIV/0!



- 受診率は目標値の65%には遠い状況で、伸び悩んでいます。
- 若い人が受けやすいように40・45・50・55歳の方は個人負担を無料にしました。
- 平成21年度からは個別での医療機関でも受診ができるようにしました。
- 個人負担金を2,000円から1,000円に軽減しました。
- 治療中の方も特定健診の対象となるため、医療機関に協力いただけるよう医療機関への説明を行いました。

②保健指導実施率の向上

③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

- 特定保健指導の対象とならない非肥満者の方への保健指導や、39歳以下の方を対象にした生活習慣病健診を実施し、できるだけ多くの住民・被保険者と出会える機会を持ち、早期介入に努めました。
- 特定健診の結果からハイリスク者（腎専門医レベル、重症高血圧、重症高血糖）へ継続した保健指導を実施しました。
- 地区担当者が責任をもって保健指導対象者に関わるようにしました。
- 健診結果から保健指導が必要な人へ訪問や面談で指導ができているかの進捗状況の確認を実施しています。
- 必要な訪問や保健指導ができる体制づくりに取り組んでいます。

3 特定健診・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は5年を一期とし、第2期は平成25年度から29年度とし、計画期間の中間年である27年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

(2) 目標値の設定

特定健康診査等基本指針に掲げる参酌標準をもとに、上天草市国民健康保険における目標値を次のとおり設定します。

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健康診査実施率	30%	40%	50%	60%	60%
特定保健指導実施率	50%	55%	60%	60%	60%

(3) 対象者数の見込み

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健康診査対象者数	7,214人	7,069人	6,927人	6,788人	6,652人
特定健康診査受診者数	2,140人	2,827人	3,463人	4,072人	3,991人
特定保健指導対象者数	353人	466人	571人	671人	658人
特定保健指導実施者数	176人	257人	342人	402人	394人

(4) 特定健診の実施

ア 実施形態

健診については、各地区の公民館等を会場に実施する集団健診と6月から3月までに受診が可能な上天草市内の医療機関で実施する個別健診で実施します。

イ 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

ウ 健診実施機関リスト

集団健診は上天草総合病院に委託しています。

個別検診は以下の医療機関に委託しています。

健診機関	住 所	電話番号
しまだ小児科医院	上天草市大矢野町登立 1 9 1	0964 (56) 0005
竹島医院	上天草市大矢野町登立 1 4 2 6-4	0964 (56) 0159
中村医院 (登立)	上天草市大矢野町登立 1 4 1 5 8	0964 (56) 0006
毛利医院	上天草市大矢野町登立 9 1 4 5-4	0964 (56) 2111
中村医院 (上)	上天草市大矢野町上 3 9 1-1	0964 (56) 0003
宮崎外科胃腸科医院	上天草市大矢野町上 1 5 1 9	0964 (56) 0600
佐々木整形外科	上天草市大矢野町中 1 3 1 4-1	0964 (56) 5550
吉田クリニック	上天草市大矢野町中 8 3 0 8-1	0964 (57) 0246
湯島診療所	上天草市大矢野町湯島 6 5 5	0964 (56) 4161
春田医院	上天草市松島町阿村 8 0 8-6	0969 (56) 0052
やまうち医院	上天草市松島町阿村 5 0 7 2-1 2	0969 (56) 0899
姫戸医院	上天草市姫戸町姫浦 2 5 4 4-6	0969 (58) 3583
村上医院	上天草市姫戸町姫浦 2 5 2 8-6	0969 (58) 3102
竹中医院	上天草市姫戸町二間戸 2 2 7 9-2	0969 (58) 2148
上天草総合病院	上天草市龍ヶ岳町高戸 1 4 1 9-1 9	0969 (62) 1122
済生会みすみ病院	宇城市三角町波多 7 7 5-1	0964 (53) 1611

エ 健診項目の内容

特定健康診査				
健 診 項 目	診 察	質問（問診）		○
		計 測	身長	○
			体重	○
			腹囲	○
			標準体重・BMI	○
	理学的所見			○
	循 環 器	血圧		○
		心電図		○
	脂 質	中性脂肪		○
		HDL-Cコレステロール		○
		LDL-Cコレステロール		○
	肝 機 能	AST (GOT)		○
		ALT (GPT)		○
		γ-GTP		○
	糖 代 謝	空腹時血糖		○
		HbA1c		○
		尿糖	半定量	○
	尿	尿蛋白	半定量	○
		潜血		○
	腎 機 能	尿酸		○
血清クレアチニン		○		
眼底検査			□	

○…必須項目

□…医師の判断に基づき
選択的に実施する項目

オ 健診の自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は、1,000円です。

ただし、40・45・50・55歳の方は無料です。

カ 代行機関の名称

特定健診にかかる費用（自己負担額を除く）の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に委託しています。

キ 受診券の様式

平成24年度から、受診券は発行していません。

ク 健診の案内方法・健診実施スケジュール

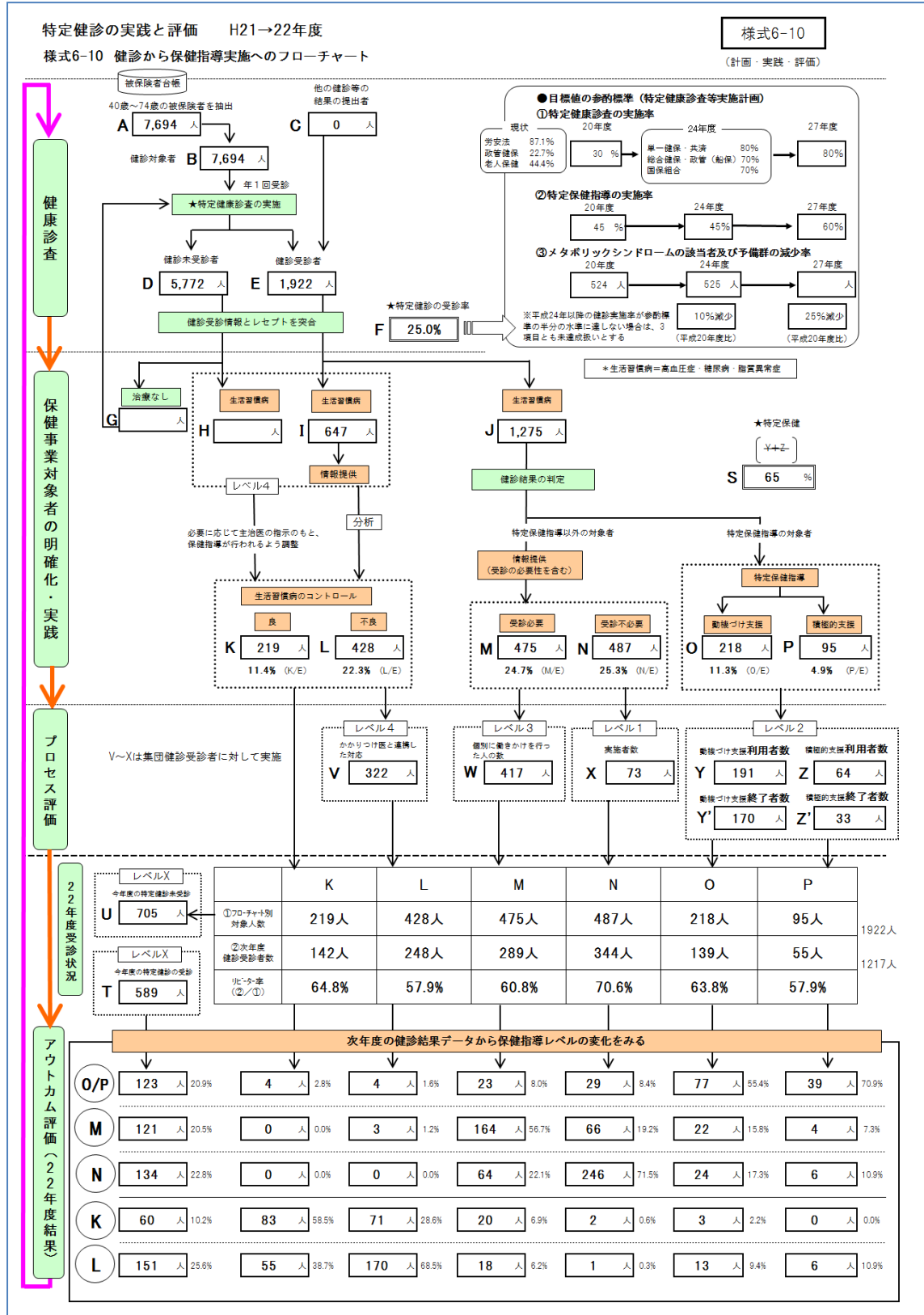
前年度末に住民健診申込を送付します。

年 月 日	特定健康診査・後期高齢者医療健診						特定保健指導			
	無料受診 通知書	集団健診			個別健診		集団健診分		個別健診分	
		申込期間	実施期間	結果説明	実施期間	結果説明				
年 3月		申込								
4月	個別健診説明									
5月	無料対象者抽出 通知									
6月										
7月										
8月			健診実施							
9月										
10月				結果説明						
11月										
12月										
年 1月										
2月	健診案内作成 申込票作成									
3月	申込票・案内発送									
4月										
5月										
6月										
7月										
8月～										

(5) 保健指導の実施

ア 健診から保健指導実施の流れ

確定版様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。



イ 保健指導対象者の選定と階層化

特定健診の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定する基準及び特定保健指導の内容については、実施基準第4条及び第6条から第8条までの規定において定められた方法で実施します。

被保健者の健康の保持・増進のため、特定健診の結果及び診療報酬明細者等の情報を活用し、受診の推奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努めます。

ウ 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

確定版 様式6-10フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に4つのグループにわけて指導します。優先順位および支援方法は次のとおりです。

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	353人 (16.5%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	453人 (21.2%)	60%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	5,074人 ※受診率目標達成までにあと 1,946人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	565人 (26.4%)	50%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	769人 (35.9%)	50%

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク（特に HbA1c・血糖、LDLコレステロール、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施します。

エ 保健指導実施者の人材確保と資質向上

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められます。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となります。

平成25年10月稼働予定の国保データベース（KDB）システムでは、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待されます。KDBシステムを活用するため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加します。

上天草市では平成24年度から「上天草市保健師・栄養士力量形成事業」を実施しています。アドバイザーとして、保健師を年4回招き、保健指導に関わる保健師・栄養士が事例を通しながら保健指導を学び、実際に対象者へ効果的な保健指導を実践することで、重症化予防に努めます。

オ 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としています。

また、評価は①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から行います。

4 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

(1) 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低 5 年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなりますが、できるだけ継続的なデータがある方が、保健指導に活用しやすく、自己の健康管理に役立つため、上天草市では、10 年の保存期間とします。

また、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努めます。

(3) 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

5 結果の報告

(1) 支払基金への報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 380 号）及び通知で定められています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

6 特定健康診査等実施計画の公表・周知

生活習慣の改善により、若いときからの糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階でとどめることができれば、通院患者を減らすこと、更には重症化や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができます。その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制につながります。

予防可能な生活習慣病を減らすことで、将来の医療費の伸びを抑え、被保険者の負担を減らし、皆保険制度を維持可能とするためにも被保険者の理解と実践が最も重要となります。

そのため、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、本市の広報およびホームページへの掲載をするとともに、各種通知や保健事業等の実施に併せて啓発パンフレット等の配布を行います。

第Ⅴ章 保健指導プロセス計画

高血圧の保健指導計画

1 保健指導の基本的考え方

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性心不全などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、日本人の循環器疾患の発症や死亡に対して大きな人口寄与危険割合を示し、他の危険因子と比べるとその影響は大きいものがあります。また、至適血圧と高血圧の間の領域（正常高値血圧と正常血圧）の循環器疾患発症数への寄与も非常に大きいことが示されています。

血圧測定の意義について、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2009」では、

- ①高血圧と診断するには、正しい血圧測定が必要である。診察室血圧は今日なお、高血圧診療のスタンダードとされているが、さまざまな点で、その臨床的価値に疑問が投げかけられている。問題は指針に従った血圧測定が、健診や診療の現場でめったに行われないうことにある。そして多くの場合、測定精度は軽視、あるいは無視されている。
- ②本邦における家庭血圧測定の普及は著しい。家庭血圧の測定は、患者の治療継続率を改善するとともに、降圧薬治療による過剰な降圧、あるいは不十分な降圧を評価するのに役立つ。家庭血圧測定の医療経済効果はきわめて高いことが報告されている。
- ③本ガイドラインでは測定者がすべての測定値を記録することを強く推奨する。

高血圧の保健指導においては、血圧値を入り口として、

- 脳・心臓・腎臓などの生きていく上で重要な臓器を守るために、血管の中を、血液がある一定の圧で常に一定量流れているという仕組みが大切であることを理解してもらうこと。
- 血圧の基準値は一人ひとり違うので、今の自分の値がどの段階にあるかを確認してもらうこと。
- 血圧の上がる原因は、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくることを、保健指導を実施する保健師・栄養士が正しく理解し、生活習慣改善を押し付けることなく、対象者主体の保健指導を行うことで、自己管理ができるよう支援し続けることを目的とします。そのことが対象者の生活の質の低下を防ぎ、ひいては医療費や介護費の適正化に寄与すると考えるからです。

2 保健指導の目標設定

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の目標は、「収縮期血圧の平均値の低下」とありますが、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差（健康格差）があることから、全てを平均した指標を用いるのではなく、人々が生きがいをもって自らの健康づくりに取り組むことができるよう、「収縮期血圧の平均値の低下」を改め、「Ⅱ度高血圧以上（収縮期 160mmHg 以上または拡張期 100mmHg 以上）の者の減少を目指す」とします。

3 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

(1) 健診受診者の血圧の状況を見る

脳・心血管疾患の減少を目指すために、科学的根拠に基づく課題設定、保健指導対象者の抽出を行います。

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) p48「別紙 5 健診検査項目の健診判定値」、関連する下記学会のガイドライン

- ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版
- ・脳卒中治療ガイドライン 2009
- ・高血圧治療ガイドライン 2009

を基本に保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

ア 保健指導の対象となる人を血圧の状況(治療・未治療別)でみる

まず、未治療にある高血圧者の課題解決を優先に考えます。未治療者の解決が進み、医療機関と連携がとれる条件が整っている場合は、次に降圧治療中の血圧コントロール不良者の解決を考えます。

治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		I 度		II 度		III 度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A'	C	C/A'	D	D/A'	E	E/A'	F	F/A'
治療中	H20	405	22.2%	73	18.0%	78	19.3%	178	44.0%	61	15.1%	15	3.7%
	H21	505	26.3%	131	25.9%	105	20.8%	214	42.4%	52	10.3%	3	0.6%
	H22	475	26.7%	148	31.2%	124	26.1%	176	37.1%	26	5.5%	1	0.2%
	H23	589	27.9%	201	34.1%	136	23.1%	214	36.3%	34	5.8%	4	0.7%
治療なし	H20	1,417	77.8%	670	47.3%	294	20.7%	334	23.6%	99	7.0%	20	1.4%
	H21	1,417	73.7%	757	53.4%	265	18.7%	325	22.9%	62	4.4%	8	0.6%
	H22	1,304	73.3%	766	58.7%	248	19.0%	244	18.7%	41	3.1%	5	0.4%
	H23	1,522	72.1%	906	59.5%	260	17.1%	289	19.0%	58	3.8%	9	0.6%

イ 優先すべき対象者を明確にする

保健指導対象者は、訪問しやすい人、保健師・栄養士のその時々の方分で決めるものではありません。

血管を守るために、血圧値だけでなく他のリスクの有無も考慮し、重症化しやすい対象者を選定していきます。降圧治療のない者について、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化を行い、高血圧治療ガイドライン 2009 を根拠に、リスクに基づく優先順位を考えます。

【血圧以外の心血管病の危険因子】

- ①65 歳以上
- ②喫煙
- ③脂質異常症

低 HDL コレステロール血症 (<40mg/dL)

高 LDL コレステロール血症 (≥140mg/dL)

高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)

④肥満 (BMI≥25、または腹囲 男 85cm、女 90cm 以上)

⑤メタボリックシンドローム

予防的な観点から以下のように定義する。正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満 (男性 85cm 以上、女性 90cm 以上) に加え、血糖値異常 (空腹時血糖 110-125mg/dL、かつ /または糖尿病に至らない耐糖能異常)、あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの

⑥糖尿病

糖尿病治療中、空腹時血糖≥126mg/dL または HbA1c6.1 以上

⑦CKD

蛋白尿、eGFR<60mL/分/1.73m²

グループ	血圧レベル	血圧以外の心血管病の危険因子
①	Ⅱ度高血圧以上	
②	Ⅰ度高血圧	糖尿病または CKD、または①~⑤の危険因子 3 個以上
③	Ⅰ度高血圧	①~⑤の危険因子 1~2 個
	正常高値血圧	糖尿病または CKD、または①~⑤の危険因子 3 個以上
④	Ⅰ度高血圧	①~⑤危険因子なし
	正常高値血圧	①~⑤の危険因子 1~2 個

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

平成23年度特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	リスクなし	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上				
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,522	416	490	260	289	58	9	937	36	275	274
		27.3%	32.2%	17.1%	19.0%	3.8%	0.6%	61.6%	2.4%	18.1%	18.0%
リスク第1層 危険因子がない	250	101	76	31	36	6	0	208	36	6	0
		16.4%	24.3%	15.5%	11.9%	12.5%	0.0%	22.2%	100%	2.2%	0.0%
リスク第2層 糖尿病以外の1~2個の危険因子 またはメタボリックシンドローム[*]がある	783	217	271	128	141	25	1	488	--	269	26
		51.4%	52.2%	55.3%	49.2%	48.8%	43.1%	52.1%	--	97.8%	9.5%
リスク第3層	489	98	143	101	112	27	8	241	--	--	248
		32.1%	23.6%	29.2%	38.8%	38.8%	46.5%	25.7%	--	--	90.5%
再掲 重複あり	糖尿病	113	16	33	27	29	7				
		23.1%	16.3%	23.1%	26.7%	25.9%	25.9%				
	慢性腎臓病 (CKD)	227	62	67	39	46	9				
		46.4%	53.3%	46.9%	38.5%	41.1%	33.3%				
	3個以上の危険因子	208	28	61	47	52	15				
		42.5%	28.6%	42.7%	46.5%	46.4%	55.6%				

正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する

(参考) 高血圧治療ガイドライン2009 日本高血圧学会

優先順位別対象者			
①	②	③	④
67	112	242	164
4.4%	7.4%	15.9%	10.8%

*リスク第2層のメタボリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満に加え、血糖値異常 (空腹時血糖110~125mg/dL、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常) あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はリスク第3層とする。

ウ 対象者数をみる

保健指導対象をどこまでとするか、対象者数から稼働量を考えるとともに、効果性・効率性がなく目標達成からずれた事業等を見直します

(2) 保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成する

①～④グループの保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成します。

③レセプト確認時は、
被保険者証記号・番号で検索

②他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する

①誰が最後まで責任を持って保健指導を行うかを明確にする

個人コード	被保険者証		名前	性別	年齢	障害の有無	FIC コード	特定健診結果																								行動区	担当保健師		
	記号	番号						血圧				糖化糖				脂質				腎臓機能				内臓脂肪				肝機能						生活習慣	心臓病有無
								収縮期	拡張期	血圧分類	治療	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	尿糖	治療	LDL	中性脂肪	HDL	治療	尿酸	eGFR	ULPスコア	尿蛋白	尿糖	BMI	GGT	AST	ALT	Y-STP					
1			男	74	障害なし	L	174	92	Ⅱ度		80	4.9	—	141	102	62	0	6.8	86	0.68	—	—	91.5	27.6	28	25	17		実施なし						
2			男	55	糖尿病既往	0	174	82	Ⅱ度	100		5.2	—	102	98	48		6.6	77.9	0.77	—	—	92	24.5	18	21	22	20	実施なし						
3			男	74	障害なし	M	172	78	Ⅱ度	102		5.4	—	105	114	70		5.8	75.1	0.77	—	—	84.9	24.4	32	21	44		実施なし						
4			女	55	糖尿病既往	0	170	90	Ⅱ度	114		5.6	—	148	137	39		5.8	88.2	0.55	—	—	98	26.1	24	28	18		実施なし						

「血圧の測定を指導」注意) 180/110mmHg 以上、眼底所見や心電図所見によっては直ちに受診を勧める、とあります。

治療が必要かどうかの判断、家庭血圧測定の必要性やその方法、家庭血圧値の基準などわかる教材を準備します。

- ①血圧値の基準は一人ひとり違います。自分の基準値を確認しましょう
- ②血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します
- ③高血圧治療の進め方
- ④家庭血圧測定で自分の血圧値を確認しましょう
- ⑤家庭血圧測定の目的は、ふだんの血圧の状態を正確に知ること
- ⑥高血圧にもタイプがあります

教材を準備することにより、医療機関受診が必要と判断された場合、遺伝や生活習慣等の情報、生活習慣の改善に取り組んだ上での受診なのか、家庭血圧測定記録(血圧手帳)を持って受診することで、担当医師に適切な治療の判断をしてもらうことができ、対象者を介した医療機関との連携になります。

血圧手帳 P1

**血圧値の基準はひとり一人違います。
自分の基準値を確認しましょう**

当てはまるものにチェックを	質問内容
<input type="checkbox"/>	年齢は65歳以上ですか
<input type="checkbox"/>	家族(血族)に50歳未満で心筋梗塞、狭心症を発症された方はいますか
<input type="checkbox"/>	タバコを吸いますか
<input type="checkbox"/>	BMIが25以上
<input type="checkbox"/>	腹囲径が 男性は85cm以上、女性は90cm以上
<input type="checkbox"/>	LDLコレステロール値が140mg/dl以上
<input type="checkbox"/>	HDLコレステロール値が40mg/dl未満
<input type="checkbox"/>	中性脂肪値が150mg/dl以上
<input type="checkbox"/>	空腹時血糖値が100~125mg/dl または耐糖能異常

計 0個 1個 2個 3個以上

0個	★なし	→ ① リスクなし
1-2	★1個	→ ② 中等リスク
3個以上	★2個	→ ③ 高リスク

右のページで血圧値と合わせてみてください

□に入ったチェックの数に関係なく下のどれかに1つでも当てはまる人は ③「高リスク」になります

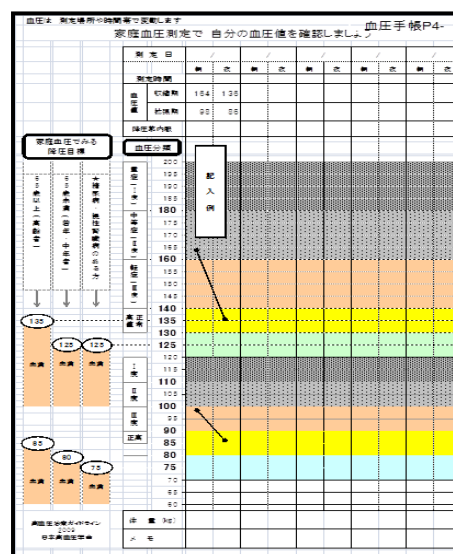
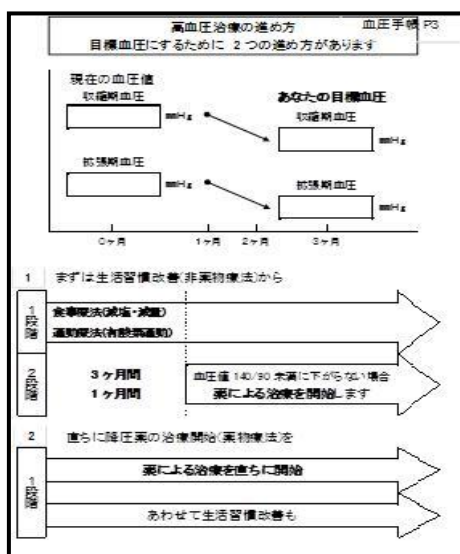
- 糖尿病ですか
- 尿蛋白(+)以上、微量アルブミン尿が30mg以上
- 糸球体ろ過量(eGFR) 60未満
- 慢性腎臓病・腎疾患(糖尿病性・腎不全など)がある
- 眼底検査で動脈硬化性(高血圧性)眼底変化がある
- 頸動脈エコー検査で内膜-中膜壁肥厚(1.0mm以上)、プラークがある
- 脳出血・脳梗塞(一過性脳虚血発作)になったことがある
- 左室肥大・狭心症・心筋梗塞・心不全がある
- 閉塞性動脈疾患

血圧手帳 P2

血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します

血圧	危険因子	血圧値(外来血圧値)			
		正常高値	Ⅰ度(軽症)	Ⅱ度(中等症)	Ⅲ度(重症)
収縮期		130~139	140~159	160~179	180~
拡張期		85~89	90~99	100~109	110~
危険因子なし		3ヶ月間生活習慣の改善			
危険因子1~2個		1ヶ月間生活習慣の改善 正常血圧まで下降しない場合は降圧療法			
危険因子3個以上		直ちに降圧療法の開始を あわせて生活習慣改善を			

参考) 高血圧治療ガイドライン 2009 日本高血圧学会
「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化」



資料 6
血圧手帳 P49-50

家庭で血圧測定をする目的は

ふだんの血圧の状態を正確に知ること
朝と夜に起こる「仮面高血圧」など
医療機関で月に1〜2回、昼間の血圧測定ではわかりません

心臓や
脳血管の病気の
発症を防ぐ

1 血圧計の選び方は？ 2 正しい測定方法は？ 3 家庭血圧の基準値は？

1 血圧計の選び方は？

上腕式タイプ
上腕袖入タイプ
手首式タイプ

2 正しい測定方法は？

測定するタイミング

① 1日2回（朝・夜）行う
② 起床後1時間以内
・トイレに行ったらあと
・朝食の前
・起床の直前

測定するまでのポイント

いすに座って1〜2分
たってから測定する
静かになるのを、息が安定してい
ないことが、測定時には、測定の
精度に、マイナスするともなり得
ます。

測定するまでのポイント

カフは心臓と同じ高さで
測定する
カフが心臓より低い位置だと、「数
値が低くなる」など、正確になる確
率が低くなります。

手首のシャツリ線から
見たままでもよい

正常血圧の基準値

収縮期	拡張期
125	80
未満	未満

高血圧の診断基準

収縮期	拡張期
140	90
以上	以上

収縮期
135以上
拡張期
85以上

収縮期は135以上、拡張期は85以上
のいずれか一方でも高血圧と診断
されます。

※家庭で測るときは、血圧を
測定する人が静かに休んでい
る状態で行ってください。

※家庭で測るときは、血圧を
測定する人が静かに休んでい
る状態で行ってください。

※家庭で測るときは、血圧を
測定する人が静かに休んでい
る状態で行ってください。

血圧手帳 P45-46

「白衣高血圧」「仮面高血圧」 高血圧にもタイプがあります

図4-1 仮面高血圧、白衣高血圧の子供（大倉10年追跡研究）

治療中の収率

仮面高血圧	白衣高血圧	未治療収率
1.00	1.13	0.95
1.62	1.85	2.36

図4-1のデータは、仮面高血圧の子供は治療中の収率が1.00、白衣高血圧の子供は1.13、未治療収率は0.95、2.36と示されています。

図4-2 仮面高血圧、白衣高血圧の子供（大倉10年追跡研究）

仮面高血圧	白衣高血圧	仮面高血圧	白衣高血圧
1.00	1.13	1.62	1.85

図4-2のデータは、仮面高血圧の子供は治療中の収率が1.00、白衣高血圧の子供は1.13、仮面高血圧の子供は1.62、白衣高血圧の子供は1.85と示されています。

家庭血圧

135	140	145
100	105	110

図4-3 仮面高血圧、白衣高血圧の子供（大倉10年追跡研究）

仮面高血圧	白衣高血圧	仮面高血圧	白衣高血圧
1.00	1.13	1.62	1.85

図4-3のデータは、仮面高血圧の子供は治療中の収率が1.00、白衣高血圧の子供は1.13、仮面高血圧の子供は1.62、白衣高血圧の子供は1.85と示されています。

外来血圧

135	140	145
100	105	110

図4-4 仮面高血圧、白衣高血圧の子供（大倉10年追跡研究）

仮面高血圧	白衣高血圧	仮面高血圧	白衣高血圧
1.00	1.13	1.62	1.85

図4-4のデータは、仮面高血圧の子供は治療中の収率が1.00、白衣高血圧の子供は1.13、仮面高血圧の子供は1.62、白衣高血圧の子供は1.85と示されています。

1 正常血圧

家庭血圧と外来血圧ともに正常

2 白衣高血圧

家庭血圧は正常なのに、
健診や医療機関で測ると高血圧に
なるタイプ

3 仮面高血圧

健診や医療機関で測ると正常なのに、
朝や夜に自分で測ると
高血圧になるタイプ

4 持続高血圧

健診や医療機関で測ると外来血圧、
家庭血圧ともに高い状態

治療が必要

治療が必要

(2) 保健指導の実施

ア 直ちに治療（受診）が必要な対象者

まずは、治療（受診）の必要性を確認し、受診につながるよう医療機関の情報提供を行う。
対象者によっては同時に生活習慣の改善を考える。

- ① 学習教材を用いて受診を勧める
- ② 受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う
- ③ 受診時に持参するもの（健診経年結果、家庭血圧測定記録）
- ④ いまごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する
- ⑤ 受診結果の確認、内服の状況等（レセプトで確認）、降圧目標の達成状況
- ⑥ 治療につながったら、次に必要な生活習慣の改善

イ まずは1〜3ヵ月間の生活習慣改善で降圧を目指す対象者

- ① 準備した学習教材から、「私の血圧が上がる原因（体重、塩分摂取、アルコール、喫煙、ストレス等）は何か？」を探していく。
※ただし、遺伝因子が強い場合や生活習慣改善が難しい背景のある場合には、ただ時期を待つことよりも早めの受診を勧める（対象者の実態に合わせて）。
- ② 血圧に関わる生活習慣を対象者自らが振り返り、問題を探り、解決方法を選択する支援を行う。
※健診結果から対象者個々の背景にある生活習慣との関連性を読み取り、的を絞ったうえで、対象者に問いかける。生活リズムや食事量まで幅広く全てを網羅する聞き取りは、住民との信頼関係を悪くする。
- ③ 1〜3ヵ月後、またお会いしましょうと約束をする。
- ④ 1〜3ヵ月後、家庭血圧測定値の変化、生活習慣改善の状況で受診（治療）の必要性を判断する。
- ⑤ 降圧目標に達しない場合は、治療（受診）につなげる。
※二次性高血圧等の判断も必要。
- ⑥ 家庭血圧測定値で降圧目標を達成できたら、「来年の健診で」と伝える。

年月		
年齢	昔 新	
検査場所		

考え方

縦軸は起きたことから記入することとしていく。項目は住民からの情報取り寄せより要項目を選んで記入。そのため、縦軸の項目を決めない

事柄を横軸に記入していく

6 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）P110「第4章 保健指導の評価」によると、「健診・保健指導」事業の最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。

対象者「個人」を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、または行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる、とあります。

個への実践を積み重ね続けることで、保健指導方法をより効果的なものに改善し、保健指導の質を向上させながら10年後の健康日本21（第2次）、医療制度改革の目標達成を目指します。

（1）血圧評価表

「血圧評価表」を用いて、翌年度の

- ①健診受診状況
- ②血圧値、その他の検査結果
- ③治療継続の状況 を把握

	性別	年齢 H23	健診データ													
			平成21～23年度のうち直近					血圧								
			HbA1c	LDL	尿酸	尿蛋白	GFR	H21			H22			H23		
								血圧 分類	収縮期	拡張期	血圧 分類	収縮期	拡張期	血圧 分類	収縮期	拡張期
1	女	63	5.4	158	5.8	-	55.7	I度	140	82	I度	140	83	Ⅲ度	197	101
2	男	75	5.3	97	4.1	-	73.7							Ⅲ度	194	101
3	男	52	5.4	102	8.8	-	61.1	Ⅲ度	170	110				Ⅲ度	191	107
4	男	63	5.4	77	3.3	+++	64.7							Ⅲ度	189	110
5	女	64	5.1	127	5.4	+++	48.8							Ⅲ度	188	106
6	男	67	10.4	138	3.5	-	78.4							Ⅲ度	185	98
7	女	66	5	169	4.2	-	66.8	I度	153	83				Ⅲ度	181	98
8	男	65	5.1	134	6.5	-	54.9							Ⅲ度	181	100
9	男	59	5.2	148	5.2	-	76.8	Ⅲ度	203	105				Ⅲ度	180	110
10	男	66	6.3	104	6.6	++	40.7	Ⅱ度	170	82				Ⅲ度	180	80

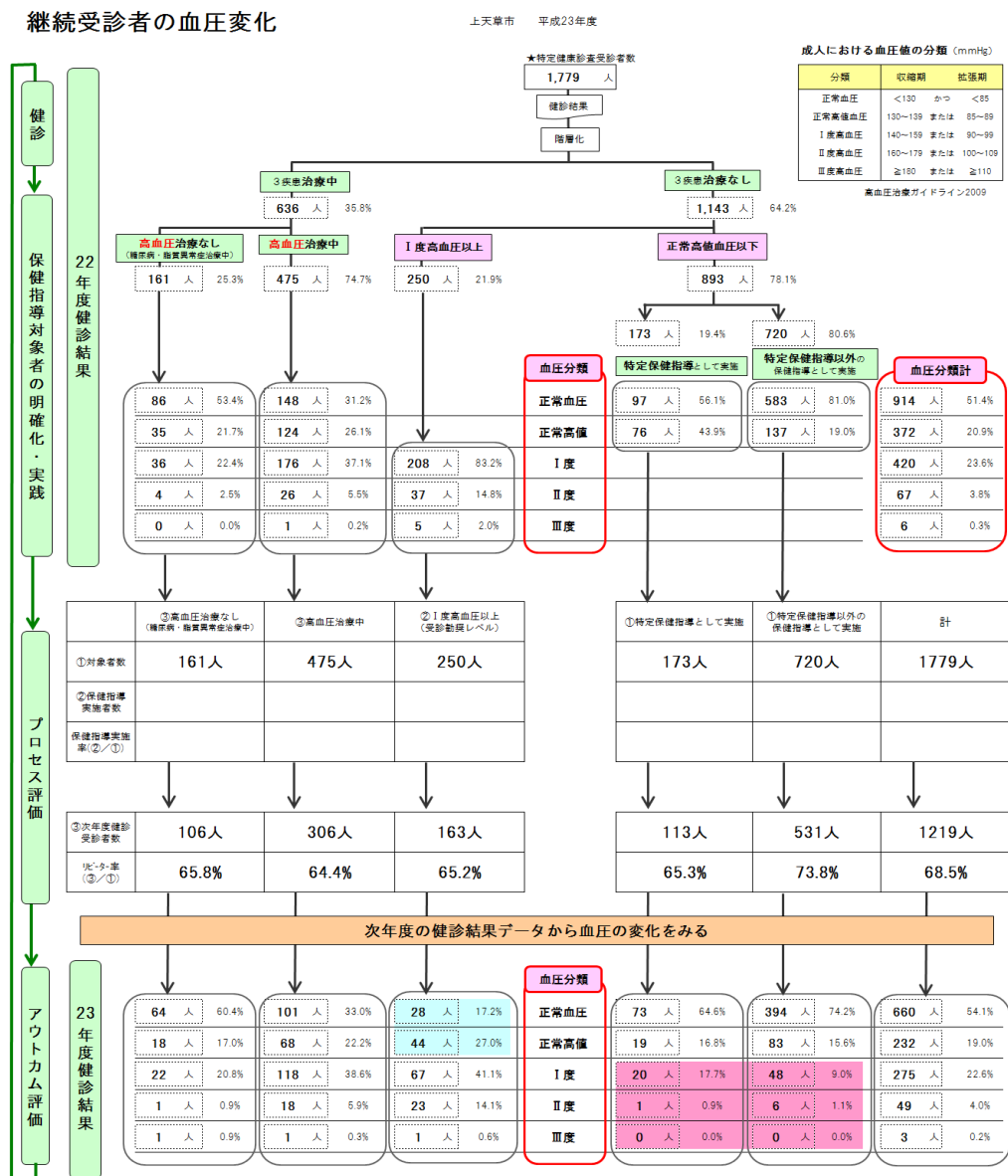
(2) 継続受診者の血圧変化、I 度高血圧以上の経年変化、健診中断者の実態(血圧)

「継続受診者の血圧変化」、「I 度高血圧以上の経年変化」、「健診中断者の実態(血圧)」を用いて、アウトプット(事業実施量)評価に加え、アウトカム(結果)評価やプロセス(過程)評価を含めた総合的な評価を行います。

未解決事例等から、さらに保健指導の力量形成を図ります。

- 服薬治療開始しているが、血圧コントロール不良者の服薬、生活習慣等の状況
- 健診未受診者のレセプトとの突合、受診勧奨対象者として訪問等を行い実態把握に努める
- 医療機関受診継続につながらない対象者の背景は何か(残された課題: 経済問題など)

このような評価を毎年行うことで、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。

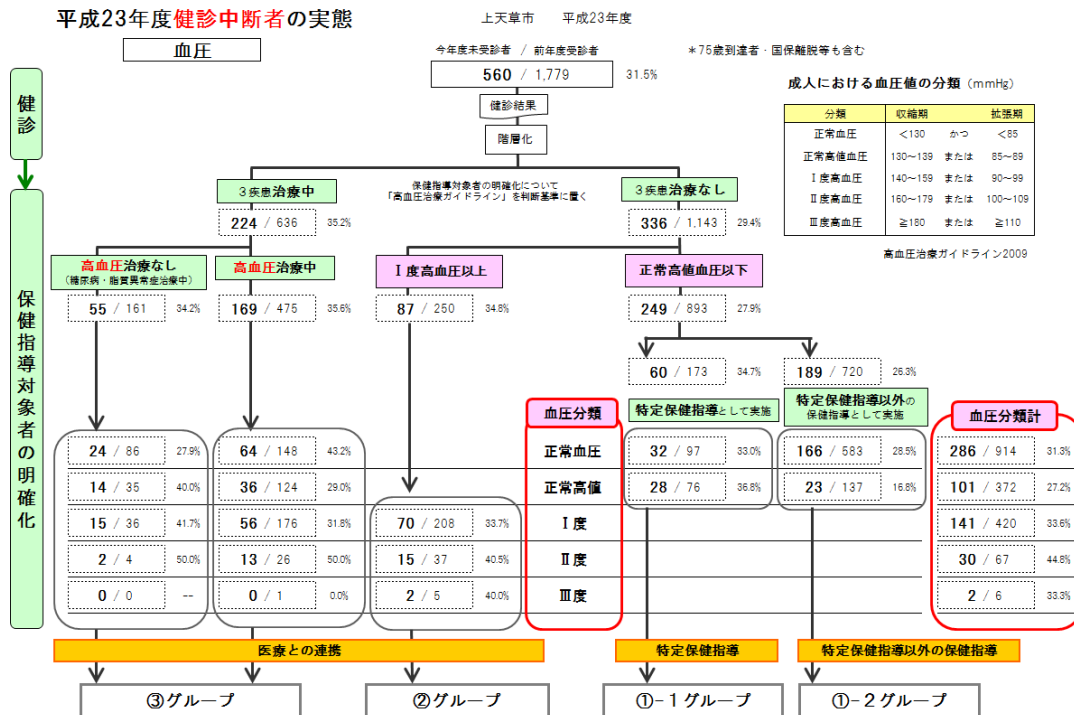


3) 22・23年度の比較

H22年度		H23年度の結果をみる				
		継続受診者 320人 64.9%				未受診 (中断)
I度高血圧以上 493人 27.7%		正常高値 以下 131 26.6%	I度 146 29.6%	II度 40 8.1%	III度 3 0.6%	
I度	420	120 28.6%	124 29.5%	32 7.6%	3 0.7%	141 33.6%
II度	67	10 14.9%	22 32.8%	5 7.5%	0 0.0%	30 44.8%
III度	6	1 16.7%	0 0.0%	3 50.0%	0 0.0%	2 33.3%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	156 31.6%	129 26.2%	35 7.1%	173 35.1%
I度	120 28.6%	124 29.5%	35 8.3%	141 33.6%
II度	32 47.8%	5 7.5%	0 0.0%	30 44.8%
III度	4 66.7%	0 0.0%		2 33.3%

平成23年度健診中断者の実態



(3) 高血圧の疾病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成25年10月稼働予定の国保データベース(KDB)システムを活用し、その仕組みづくりに取り組みます。

糖尿病の保健指導計画

1 保健指導の基本的考え方

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質（QOL：Quality of Life）ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病の課題として、日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド 2012-2013」では、

- (1) 2型糖尿病の場合、初診時に既に網膜症、腎症、神経障害及び動脈硬化性疾患などを認める場合が少なくない。
- (2) 自覚症状が乏しいため通院が中断しがちである。病態の把握は、検査値を中心に行われることをよく理解してもらう。
- (3) 糖尿病治療の成否は、患者自身が治療法を十分に理解し、日常生活の中で実践できるかどうかにかかっている。

とあります。

糖尿病の保健指導においては、健診結果（HbA1c）を入り口として、

- 今の自分の値が糖尿病のどの段階にあるかを確認してもらうこと。
- その発症・重症化のリスクは、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくることを、保健指導を実施する保健師・栄養士が正しく理解し、生活習慣改善を押し付けることなく、対象者主体の保健指導を行うことで自己管理ができるよう支援し続けることを目的とします。そのことが対象者の生活の質の低下を防ぎ、ひいては医療費や介護費の適正化に寄与すると考えるからです。

2 保健指導の目標設定

糖尿病の保健指導の目標達成のために、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の糖尿病に関する目標項目の優先順位で確認します。

- ①糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少
- ②HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少
- ③糖尿病治療継続者の割合の増加
- ④糖尿病有病者の増加の抑制

3 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

(1) 健診受診者のHbA1cの状況を見る

HbA1cは、採血時から過去1、2か月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標とされています。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）P48「別紙5 健診検査項目の健診判定値」、糖尿病治療ガイド（2012-2013）P25「図7 血糖コントロール指標と評価」をもとに保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

ア 保健指導の対象となる人をHbA1cの状況（治療・未治療別）でみる

目標ごとにグループを決め、その対象者数を見ます。

- ① グループ 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少
- ② グループ HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少
- ③ グループ 糖尿病治療継続者の割合の増加
- ④ グループ 糖尿病有病者の増加の抑制

HbA1cの状況（治療・未治療別）

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値											
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍			
					5.1以下		5.2~5.4		5.5~6.0		6.1~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中																		2	1	
治療なし							4		3		3		3		2			2	1	

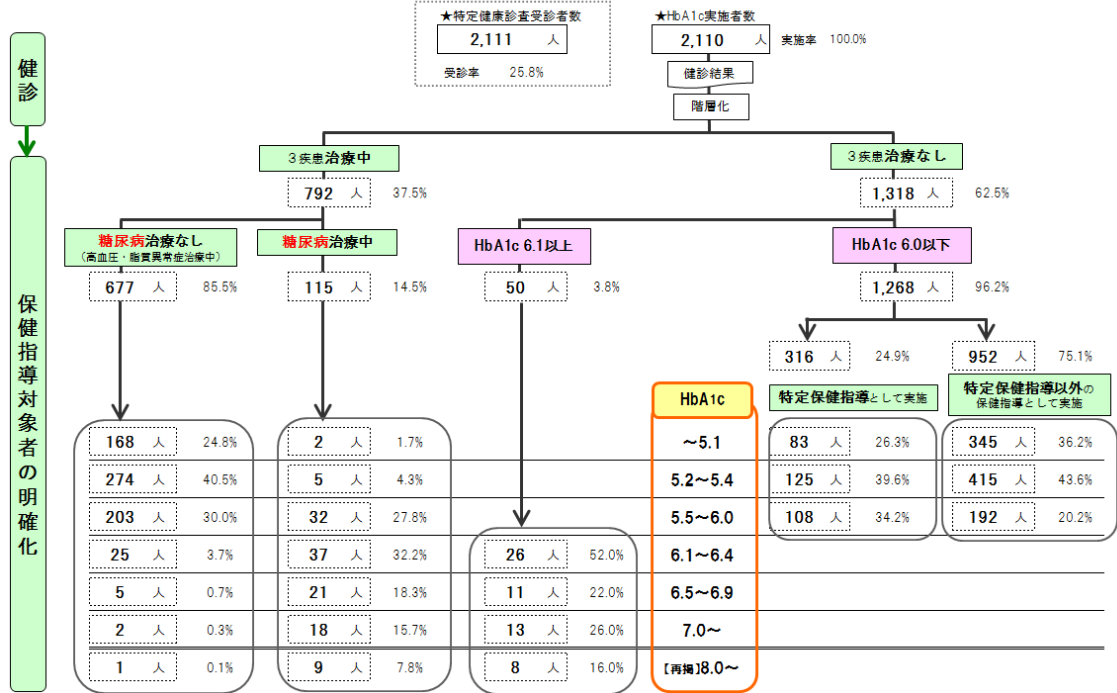
HbA1cの状況（治療・未治療別）

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値											
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍			
					5.1以下		5.2~5.4		5.5~6.0		6.1~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H20	63	3.5%	2	3.2%	1	1.6%	17	27.0%	13	20.6%	9	14.3%	19	30.2%	0	0.0%	2	3.2%	
	H21	92	4.8%	0	0.0%	4	4.3%	20	21.7%	18	19.6%	21	22.8%	19	20.7%	8	8.7%	2	2.2%	
	H22	67	4.2%	0	0.0%	4	6.0%	17	25.4%	15	22.4%	16	23.9%	11	16.4%	3	4.5%	1	1.5%	
	H23	110	5.5%	2	1.8%	5	4.5%	31	28.2%	36	32.7%	20	18.2%	7	6.4%	6	5.5%	3	2.7%	
治療なし	H20	1,735	96.5%	743	42.8%	622	35.9%	311	17.9%	36	2.1%	7	0.4%	9	0.5%	4	0.2%	3	0.2%	
	H21	1,829	95.2%	773	42.3%	676	37.0%	321	17.6%	27	1.5%	17	0.9%	5	0.3%	5	0.3%	5	0.3%	
	H22	1,517	95.8%	454	29.9%	588	38.8%	422	27.8%	31	2.0%	14	0.9%	3	0.2%	3	0.2%	2	0.1%	
	H23	1,897	94.5%	561	29.6%	781	41.2%	480	25.3%	45	2.4%	16	0.8%	5	0.3%	4	0.2%	5	0.3%	

イ どのグループのどこにいるか優先すべき対象者を糖尿病フローチャートで明確にする

グループ	HbA1c (JDS)	優先順位	備考
1	9.0 以上	1	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
		3	糖尿病治療中、高血圧・脂質異常症治療なし
2	8.0~8.9	1	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
		3	糖尿病治療中、高血圧・脂質異常症治療なし
3	7.0~7.9	1	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
	6.5~6.9	3	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		4	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
	6.1~6.4	5	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		6	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
4	5.5~6.0	1	特定保健指導対象者
		2	特定保健指導非対象者（糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし）
		3	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中

糖尿病フローチャート



ウ 保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成する

① ~ ④ のグループの保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成します。

①誰が最後まで責任を持って保健指導を行うかを明確にする

グループ

優先順位	被保険者証		名前	性別	年齢	階層化結果	糖代謝				血圧			脂質異常			尿酸	喫煙	地区	担当保健師	
	記号	番号					遺伝	空腹時血糖	HbA1c	尿糖	治療	クレアチニン	eGFR	尿蛋白	尿潜血	収縮期					拡張期
1	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
	9																				
	10																				
	11																				
	12																				
	13																				
2	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
3	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
	9																				

④レセプト確認時は、被保険者証記号・番号で検索

②HbA1c、空腹時血糖、尿糖、遺伝等で糖尿病の程度を見る

③他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する

4 保健指導の実施

(1) 保健指導の準備

ア 健診結果・検査結果一覧を作成

イ 対象者個々に健診結果表等をセットする

- ① 健診結果表
- ② 「経年表」、「(糖-1) 糖尿病予防のための構造図」
- ③ 「(A-1) 私の成育(妊娠)歴・家族歴・治療歴」

氏名		性別		男性					
健診経年結果一覧		年齢	62	63	64	65			
検査項目		基準値	空腹	随時	随時	空腹			
身体 の 大き さ	身長		164.1	163.6	163.7	163.4			
	体重		80.2	74.7	74.7	74.9			
	BMI	18.5~24.9	29.8	27.9	27.9	28.1			
	腰囲	男 85cm未満 女 80cm未満	98	93	92.8	95.4			
内 臓 器 の 機 能	中性脂肪	空腹 ~149mg/dl 空腹 ~139mg/dl	211	388	271	139			
	HDLコレステロール	40~80mg/dl	39	47	40	45			
	AST (GOT)	~30U/L	18	26	17	19			
	ALT (GPT)	~30U/L	21	30	17	21			
	γ-GT (γ-GTP)	~50U/L	30	26	21	21			
	収縮期	130mmHg未満	162	164	166	174			
	拡張期	85mmHg未満	82	80	90	87			
	血糖	空腹 ~99mg/dl 随時 ~139mg/dl	108	97	96	89			
	HbA1c	~5.1%	4.9	4.9	4.9	4.9			
	尿酸	~6.5g/dl	6.5	6.6	6	6			
腎 臓	eGFR (糸球体ろ過率)	男 15~30ml/dl/1.73m ² 女 ~27ml/dl/1.73m ²	1.6	1.4	1.4	1.6			
	尿蛋白	±	±	±	±				
	尿酸	~6.5g/dl	6.5	6.6	6	6			
	LDLコレステロール	~119mg/dl	139	132	121	153			
心 臓	心電図	所見なし							
	眼底検査	H 0 S 0							
血 管 の 表 在 性	ヘマトクリット	~46%							
	血色素 (ヘマトクリット)	男 13~18g/dl 女 12~16g/dl							

糖尿病予防のための構造図～私はどの段階なのでしょう～ 糖-1

作成年月日 年 月 日 氏名 性別 女 50歳

治療中の場合は、○に「注」を記入する

病名 脳血管 心臓 腎 網膜 神経

大血管障害

○脳動脈硬化症検査 心電図所見 血清クレアチニン 眼底検査 神経症状

検査率 % 検査結果 0.7 H S

eGFR 68.9

尿蛋白

○尿蛋白アルブミン尿

○空腹時血糖中心ベプテド μg/ml

○24時間尿中心ベプテド排泄量 μg/日

75g糖負荷検査 μg/日 インスリン耐性指数 (IRI値) μg/日

メタボリックあり メタボリックなし

肝臓機能 中性脂肪 LDLコレステロール 血圧 尿酸 (尿酸)

GOT 19 111 149 100 / 60 2.4

GPT 20

γ-GTP 13 HDLコレステロール 47

(内臓)肥満あり (内臓)肥満なし

○BMI 87 cm BMI 28.8

血圧なし 5.7%以下 5.2~5.9% 5.1~5.9% 7.0%以上

空腹時 5.7%以下 (注) 5.9~6.4 (注) 6.5~6.9 (注) 7.0~7.9 (注) 8.0%以上 (注)

HbA1c 9.4 % 血糖 133 mg/dl (随時)

○体重 ○骨十二椎間の半値 ○女性の腰骨 ○糖尿病の遺伝

○治療の経緯 (注) ○糖尿病の発症 (注)

ウ 個々の健診結果を読み取る

- ① HbA1c、空腹時血糖、尿糖、遺伝等で糖尿病の程度をみる
- ② 他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する
- ③ 必要な場合にはレセプトを確認

エ 個々に合わせた学習教材を準備する

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)P16「第3章 保健指導実施者が有すべき資質 (2) 対象者に対する健診・保健指導 7) 学習教材の開発」によると、

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。

具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている、と書かれています。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）別冊の「保健指導における学習教材集」の学習教材を、対象者の具体的事例や科学的根拠（関係学会のガイドライン）を元に地域の実情に合った教材に修正し、保健指導の実践に使用していきます。

①-1 グループ HbA1c9.0%以上で未治療のグループへの学習教材例としては、下記のものを用意します。

- ①「(糖-2) 検査値 (HbA1c) を記録してみましょう」
- ②「(糖-12) 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」
- ③慢性合併症の資料
 - ・「(糖-36) 眼 (網膜症)」
 - ・「(糖-37) 糖尿病性神経障害」
 - ・「(糖-43) 糖尿病性腎症の経過」
- ④「(糖-3) 高血糖を考える経過表」
- ⑤本人が受診を同意した場合作成する紹介状 (糖尿病地域保健連携パス) を持参

(2) 保健指導の実施

- ①学習教材を用いて受診を勧める
- ②受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う
- ③紹介状の作成
- ④いつごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する
受診時持参するもの
 - ・紹介状
 - ・経年表
 - ・「(糖-3) 高血糖を考える経過表」(状況によっては、保健師が医師に連絡する、予約をとる、同行するなどを決める)

(3) 受診の有無の確認 (電話連絡又は訪問)

- ①本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、2～3か月後に訪問の約束をする。
- ②レセプト (調剤レセプト含む) で治療状況の確認

(4) 事後訪問

- ①治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう
 - ・「(糖-13) 合併症予防のための検査記録」
 - ・「(糖事例-6) 治療中断 なぜいけないのでしょうか?」、 「(糖事例-4) インスリン療法事例」等
- ②必要に応じて医療機関と連絡を取り生活習慣改善指導を行う
- ③次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

5 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなどを書いておきます。

「(糖-3) 高血糖を考える経過表」に記載

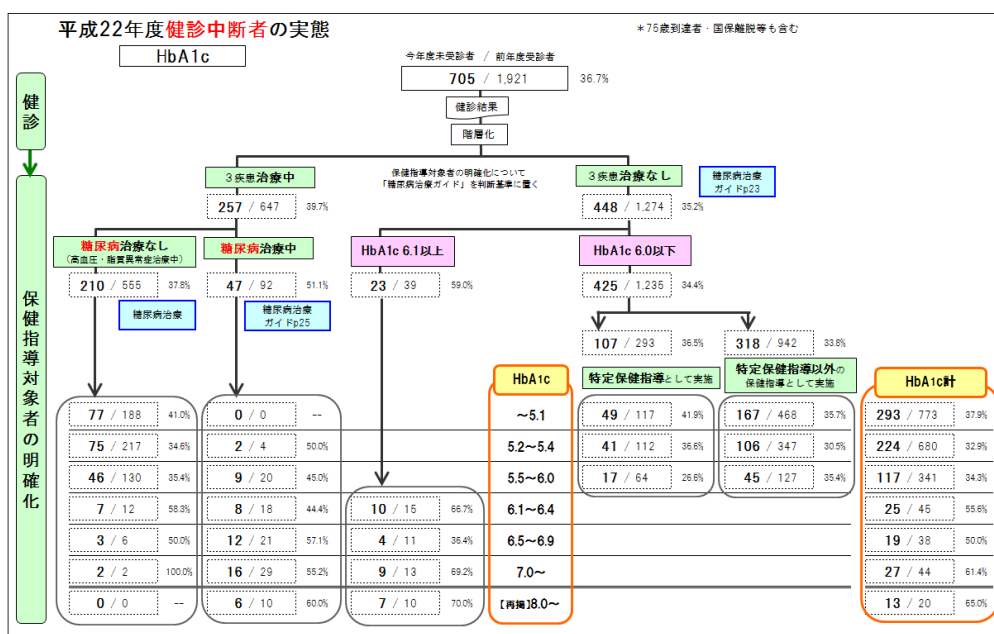
(2) 継続受診者の HbA1c 変化、HbA1c6.1 以上の年次変化、健診中断者の実態(HbA1c)

「継続受診者の HbA1c 変化」、「HbA1c6.1 以上の年次変化」、「健診中断者の実態(HbA1c)」を用いて、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス（過程）評価を含めた総合的な評価を行います。

未解決事例等から、さらに保健指導の力量形成を図ります。

- 服薬治療開始しているが、血糖コントロール不良者の服薬、生活習慣等の状況
- 健診未受診者のレセプトとの突合、受診勧奨対象者として訪問等を行い、実態把握に努める
- 医療機関受診継続につながらない対象者の背景は何か（残された課題：経済問題など）

このような評価を毎年行うことで、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。



3) 22・23年度の比較

H22年度	H23年度の結果をみる					未受診(中断)
	継続受診者 66人 51.2%					
HbA1c6.1以上 129人 7.3%	6.0以下 18 14.0%	6.1~6.4 20 15.5%	6.5~6.9 16 12.4%	7.0~7.9 6 4.7%	8.0以上 6 4.7%	63 48.8%
6.1~6.4 62	11 17.7%	16 25.8%	6 9.7%	1 1.6%	1 1.6%	27 43.5%
6.5~6.9 32	6 18.8%	3 9.4%	5 15.6%	0 0.0%	0 0.0%	18 56.3%
7.0~7.9 22	1 4.5%	1 4.5%	5 22.7%	5 22.7%	2 9.1%	8 36.4%
8.0以上 13	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 23.1%	10 76.9%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	27 20.9%	29 22.5%	9 7.0%	13 10.1%	10 7.8%	63 48.8%
6.1~6.4	11 17.7%	16 25.8%	4 6.5%	7 11.3%	8 12.9%	27 43.5%
6.5~6.9	9 28.1%	5 15.6%	1 3.1%	2 6.3%	0 0.0%	18 56.3%
7.0~7.9	7 31.8%	5 22.7%	3 13.6%	2 9.1%	2 9.1%	8 36.4%
8.0以上	0 0.0%	3 23.1%	1 7.7%	2 15.4%		10 76.9%

栄養・食生活の保健指導（食の学習）計画

1 はじめに

平成12年から24年までの国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（健康日本21）は、全部改正され、平成25年4月から新たに健康日本21（第2次）がスタートします。基本的な方針は、「ライフステージに応じて」、「目標達成と事業の効率的な実施の観点から、特定健診等実施計画と一体的策定」とあります。

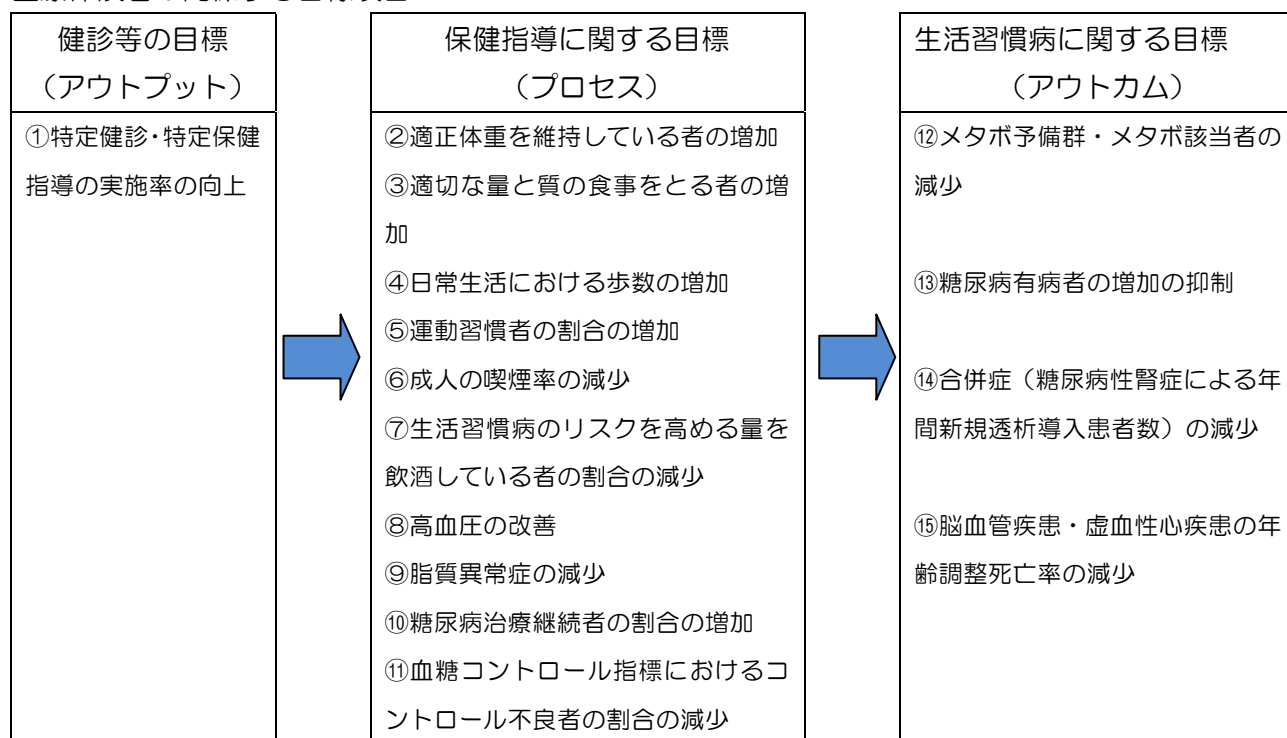
第二期特定健診等実施計画の「栄養・食生活の保健指導計画」策定にあたり、第1期5年間の実践で住民の方から学んできたことを、健康日本21（第2次）の考え方で整理し、課題設定するとともに、課題解決のための実践においては標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の考え方を踏まえるものとします。

2 健康日本21（第2次）における医療保険者の役割

国が設定する目標53項目のうち、医療保険者が関係するのは15項目です。

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」なので、特定健診・保健指導を中心とした健康づくり対策で、生活習慣病の発症予防と重症化予防を徹底し、生活習慣病に関する目標の達成を目指します。

医療保険者が関係する目標項目



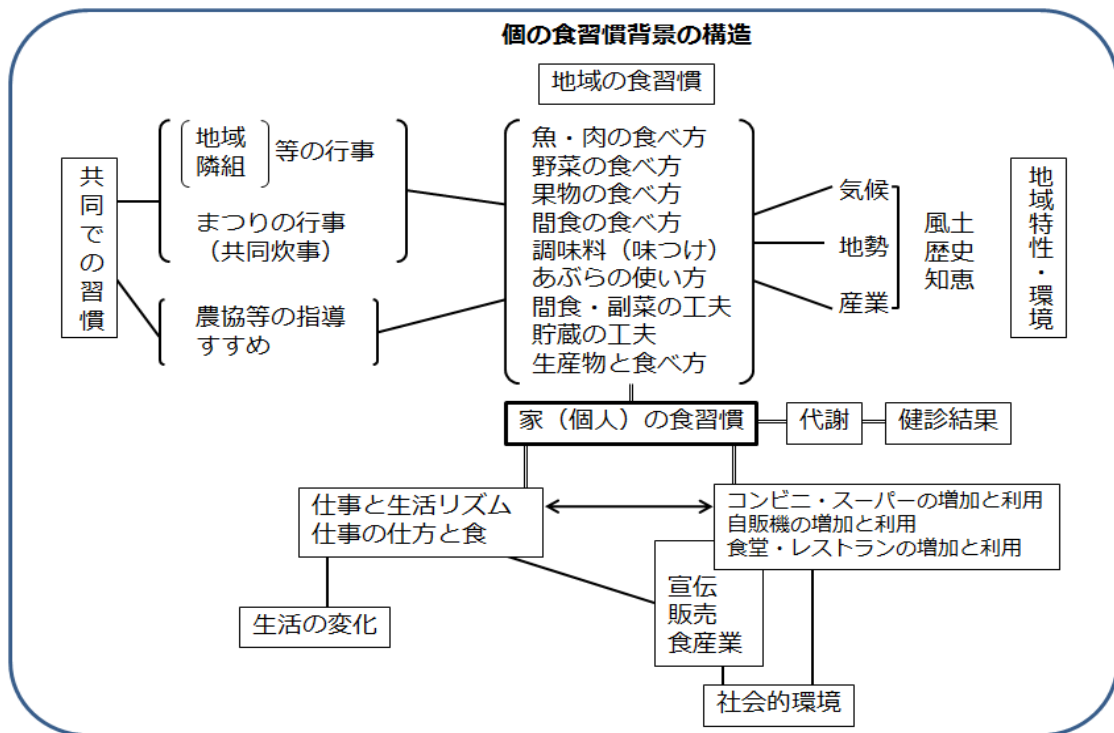
3 生活習慣病と生活習慣との関係

世界保健機関（WHO）の「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」によると、心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾病（NCD）は、予防可能であり、心臓疾患、脳卒中、2型糖尿病の80%まで、また1/3以上のがんは、これらの疾患に共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できるとしています。

健康増進は、被保険者の意識と行動の変容が必要であることから、被保険者の主体的な健康増進の取組を支援するため、対象者に対する十分かつ確かな情報提供が必要となります。栄養・食生活の保健指導においては、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、被保険者を含む住民（家庭、保育所、学校、職場、地域等）の健康増進の取り組みに結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫していきます。

「個の食習慣背景の構造」に基づき、実態を構造的に把握することで、地域の実情に合った食の学習の課題設定をしていきます。

個の食習慣背景の構造



健康日本21と地域保健計画より

4 栄養・食生活の保健指導の基本的な考え方をどこにおくか

(1) 健康日本 21 (第 2 次) の考え方で、特定健診・保健指導に共通してきたところ

平成 19 年 4 月に国から提示された標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)には、「健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供」であったこれまでの保健指導を、「対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる」内容に、「画一的な保健指導」を「個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導」の方法に転換するよう記載されています。

確定版 p8 健診・保健指導の基本的な考え方		
内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方について		
	これまでの健診・保健指導	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導	結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料では、栄養・食生活は、「生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みである」と書かれています。

栄養とは細胞での代謝活動を指し、それに必要な物質を栄養素といいます。特定健診の検査項目、データから自分の栄養状態を見ることができます。

第2期の保健指導の実践においては、健診受診者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解して、細胞での代謝活動を最適の状態にするために、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援することを基本にします。

(2) 目標達成のためのプロセスを考えると、何を参考とするか

目標 アウトカム	○メタボ予備群・メタボ該当者の減少 ○糖尿病有病者の増加の抑制 ○合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 ○脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	
	↓	↓
	A、Bどちらに流れがあるか？	
目標に向かう プロセス	A	B
	健康日本 21（第 2 次）の 推進に関する参考資料 P92 の図	標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）P 8 の考え方での実践の流れ
栄養状態を みる視点	適正体重を維持しているか 肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）	健診データを代謝の視点で読み取る 細胞での代謝活動を栄養という それに必要な物質を栄養素という
食物摂取 適正な量と質の 食事のために何 をどれだけ食べ たらよいか	① 主食・主菜・副菜がそろった食事が 1 日 2 回以上 食生活指針、食事バランスガイドにも主 食・主菜・副菜等の料理で 1 日の適量が 示されており、個々の栄養素の目標を設 定するよりも包括的で、国民にとっても 実践しやすい目標である。 ② 食塩摂取量 8 g ③ 食物繊維等の適量摂取のため 1 日 あたり野菜 350 g ④ 果物摂取量 100 g	① 健診結果と食品（栄養素）を結びつ ける ② 健診データでインスリンの仕事を考 える ③ 総エネルギー量と三大栄養素のバラ ンスからみた私の食品の基準量 ④ 健診結果に基づいた生活習慣病予防 のための食品の基準量 生活習慣病に関係する各学会ガイドライ ンを基に作成
食行動	共食の増加	① 自分の食べ方を資料で確認 ② 食品の特徴(※)を理解し、選択 ※脂・糖分・塩分の見当をつける
食環境	食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食 品企業の数及び飲食店の数の増加	
特徴として考え られること	主食・主菜・副菜等の料理の組み合わせ を重視し、適正体重かどうかで評価	健診結果から、血液の質を良くするため の食品の基準量を学び、評価は健診結果 経年表で行う
結論	目標に向かう学習プロセスがなく、評価 も体重のみなので、アウトカム評価がで きない	健診データと食品（栄養素）の学習⇒自 己選択⇒食行動変容⇒血液データの改善 というプロセスがあり、アウトカム評価 ができる

Bの標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）P 8にある「対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる」、「個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導」の考え方に添った実践で行うこととします。

(3) 保健指導に使用する学習教材

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）P69では、「保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである」と書かれています。

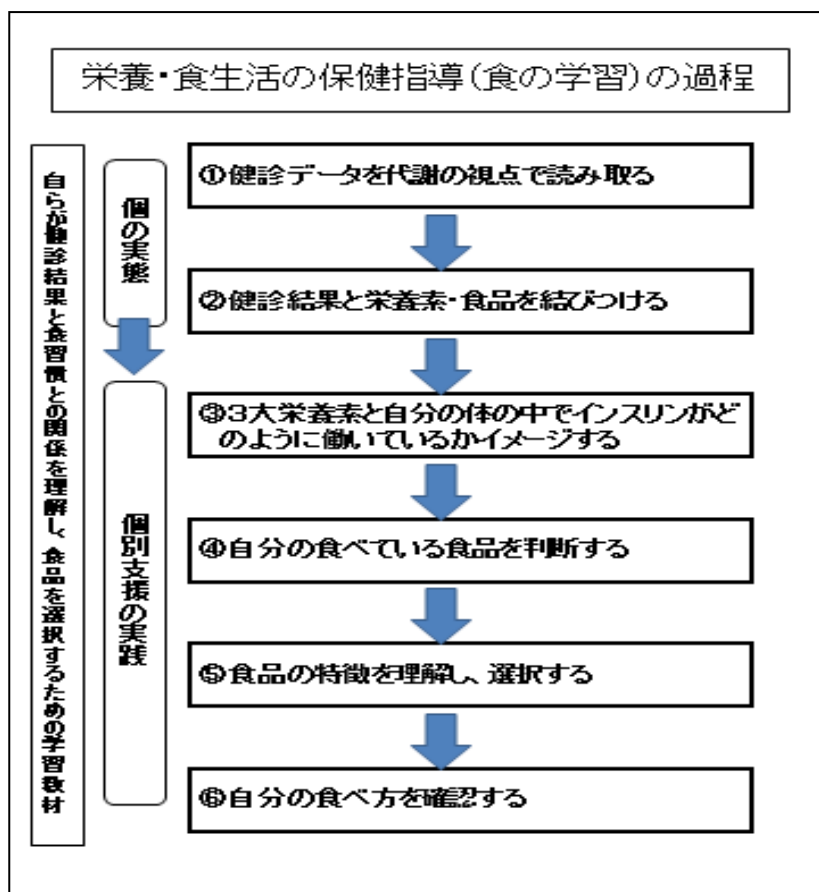
また、保健指導の際に使用する対象者に必要な情報（学習教材）については、P16では、

- 生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。
- また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。
- 具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

とあります。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）別冊の「保健指導における学習教材集」の学習教材を、対象者の具体的事例や科学的根拠（関係学会のガイドライン）を元に地域の実情に合った教材に修正し、保健指導の実践に使用していきます。

(4) 学習教材を使った栄養・食生活の保健指導（食の学習）の過程



5 実態から食の学習の流れを考える

(1) **栄養状態**から見た上天草市の課題

上天草市の場合、特定健診データ（H22）から有所見の上位を占めている検査項目は、HbA1c5.2%以上は受診者の71.8%で、収縮期血圧130mmHg以上は受診者の46.6%、腹囲（男性85cm以上、女性90cm以上）とBMI25以上に関してはそれぞれ受診者の37.1%、29.9%で肥満は県の平均を上回っています。また医療（H23.5月診療分）の状況からみても糖尿病と高血圧では被保険者に占める割合が国、県を上回っており、腎不全、人工透析での治療状況も高い現状にあります。このことから、高血糖、高血圧状態を解決することがまず優先課題となります。

高血糖、高血圧に関する保健指導においては、

- 高血糖は血液中の糖が余っている状態であること
- 余った糖を処理するためインスリンを多く必要とすること
- 血液中のブドウ糖およびナトリウムは浸透圧物質で、周囲の水を引き寄せ循環血液量を増加させること
- 循環血液量が増えると血管を傷め、心臓、腎臓に負担をかけること
- インスリンは腎臓に働きかけて尿中へのナトリウム排泄を抑制し、体内にナトリウムを貯留させる方向に作用すること

このことを住民の方に理解してもらうために、高血糖、高血圧（塩分）を入り口として食の学習の流れを作ります。

(2) **食物摂取・食行動**から見た上天草市の課題

上天草市民の実態を見てみると、

①上天草市民にとっての主食・主菜・副菜とは？

- 米の行事食が多く日常的にも食べる（巻きずし、このしろ寿し、ぶえん寿し、茶めし、混ぜごはん・えび飯）
ずし飯、味付けごはんには砂糖、塩分を沢山使っていておいしく食べ過ぎる傾向にある
- 魚は刺身や煮付け、焼き魚にして食べる、刺身は一人前でも皿いっぱい
- 酒の肴には刺身が多く、醤油に泳がせて食べる
- おかずは大皿に盛って食べたい分だけ食べる

②上天草市民にとっての野菜とは？ 物産館およびJAの生産量から

- きゅうり、レタス、玉ねぎ
- 野菜の食べ方はサラダ、煮しめ、天ぷらなど、作りすぎた野菜はビール漬など漬物にして食べる（近所にもあげる）
- 芋は野菜!?

③上天草市民にとっての果物とは？

- 温暖な気候から果樹栽培をしている世帯が多く日常的に食べている（温州みかん、晩柑、ぽんかん、パール柑）、果物は1年を通して旬のものが出回っている
- みかんの時期はちぎりながら食べる
- 干し柿、マーマレード、漬物にして食べることもある

④上天草市民にとってのお茶受けとは？

- 漬物類（ビール漬、梅干し、らっきょう漬）、おはぎ、菓子パン、果物、かりん糖、栄養ドリンク、ジュースなど

- さつまいもを使った内容のものが多い（ふかし芋、いきなりだんご、かんちょもち、ねったぼ、こっばもち）
- 農家は午前 10 時と午後 3 時におやつを食べる（菓子パン、ジュース・ドリンク）

①～④の実態から

高血糖・高血圧に関する保健指導においては、炭水化物（砂糖）・食塩を中心に食品を判断できる学習、自分の基準量を知る学習が必要となります。

- I ふだん食べているものの特徴を確認し、健診結果と結び付けていく
- II 既存の学習教材集（私の健康記録、食ノート）を活用する
- III 各ライフステージ別に自分の基準量を知る学習の継続

（3）**食環境**からみた上天草市の課題

食環境の目標・評価として国は、「食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加」を置いています。一方、上天草市の食環境は、

- ・ここ数年で、コンビニやカフェなど含む飲食店が次々にオープンし、子どもから高齢者までのあらゆる世代で手軽に利用しやすくなっている。
- ・海に囲まれていることから、昔から漁業や水産業が盛んで鮮魚店も多く、スーパーや物産館では安くて新鮮な魚介や加工品が所狭しに並び、市内の飲食店でも新鮮な魚介類等を豊富に使った料理が多い。最近では、地元の新鮮な海の幸・山の幸をたっぷりのせた「どっちがよか丼」など市内外からも人気のあるイベントが開催されている。
- ・農地近くには自販機があり、いつでもジュースが買える、小銭持参で仕事（農業）に行く。
- ・スーパーや物産館のお惣菜売り場には弁当、煮物、揚げ物、すし飯、饅頭等の甘い物も並び、
- ・市内にはみりん干し、すし類、ピーナッツ豆腐類、饅頭、パン類、ジャム類などの郷土料理や食品加工品を製造販売する18の活性化グループがあり、スーパーや物産館等で販売している。

という状況です。

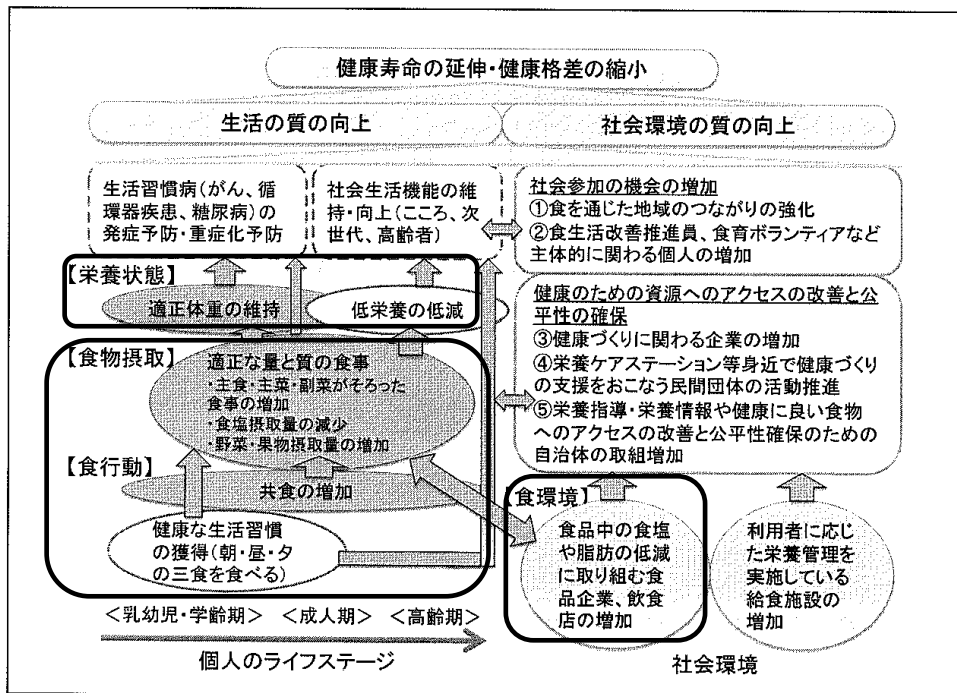
このような食環境があることから、健診結果を読み取る際は、上天草市民の食習慣背景を構造的に捉えることが求められます。したがって、食の学習内容は献立・料理ではなく、個の健診結果⇄個（家）の食習慣⇄地域の食習慣を結びつけ、選択力を身につける学習と資料を作っていくことが求められます。そのことを通して、上天草市民がスーパーや物産館、自販機等で売られている惣菜、加工品、ジュース類、飲食店で提供される料理の糖分・塩分の見当をつけ、自分に合ったものを楽しく選択することができるよう支援することを中心に置きます。

6 栄養・食生活の保健指導（食の学習）の評価と保健指導実施者の資質の向上

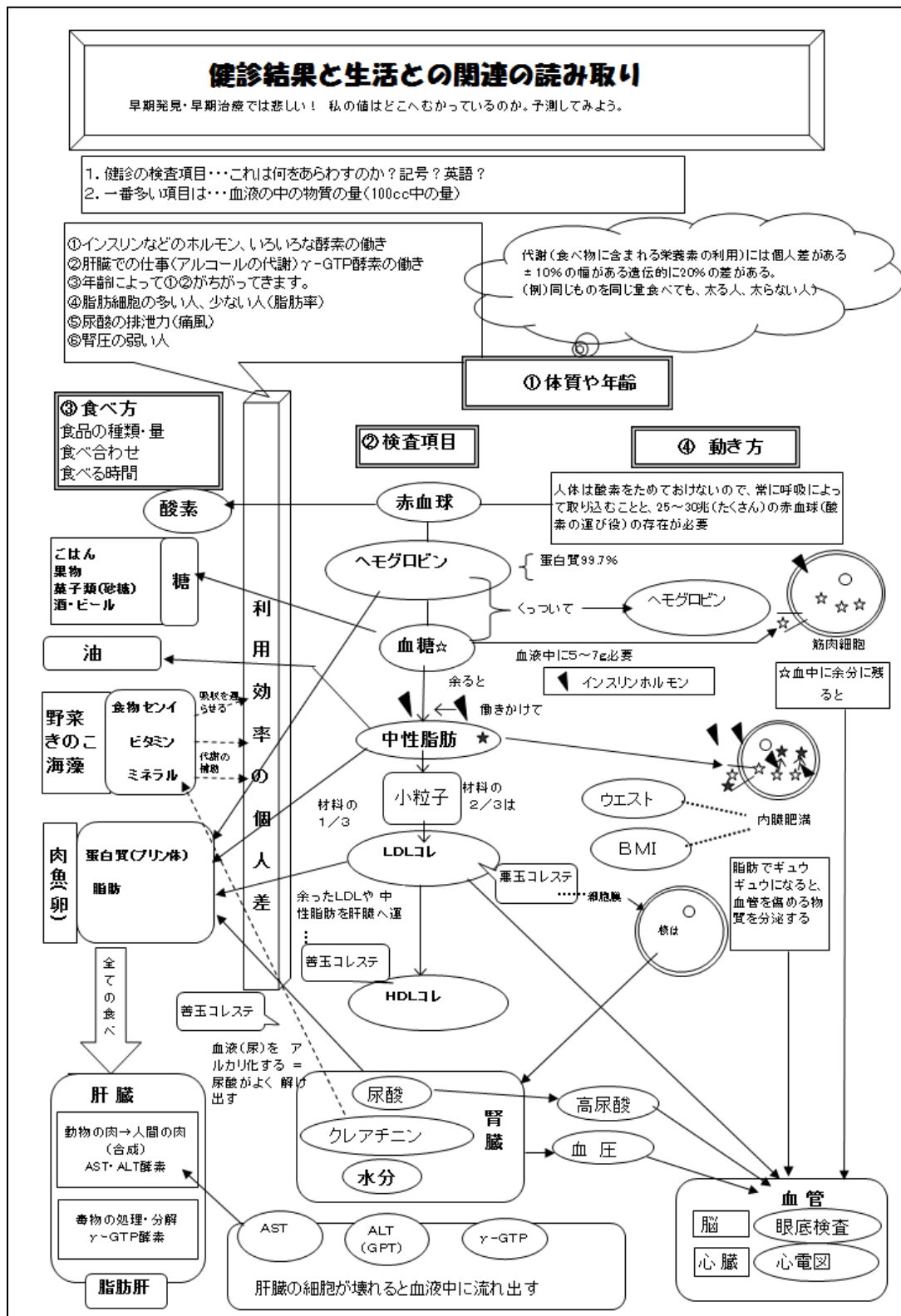
食の学習の目標は、細胞での代謝活動を最適の状態にすることにあります。健診結果から代謝活動としての血液の質を見ることができるということを住民が理解し、継続受診につながるよう支援します。

自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援し続けることで、住民主体の保健指導の質を高めます。そしてその評価は健診結果の経年変化で行います。

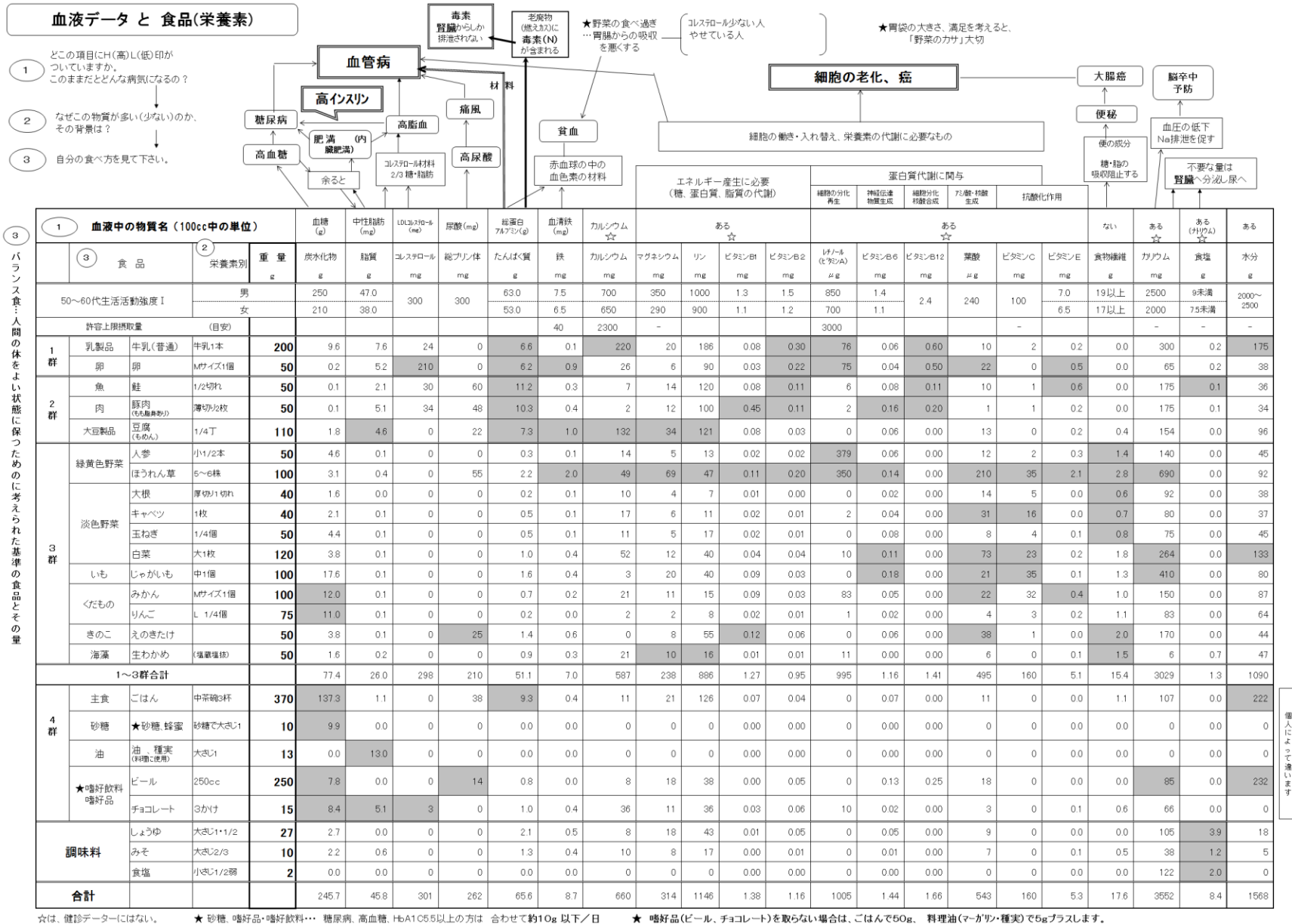
栄養・食生活の目標設定の考え方



1) 健診結果と生活との関連の読み取り



2) 血液データと食品 (栄養素)



3) 生活習慣に基づいた食品の基準量

生活習慣に基づいた食品の基準量

健診結果 ① ↓	私の食品量 ③ → 関連物質 ② ↓ 参照資料	1 群		2 群			3 群					4 群					
		牛乳・乳製品	卵	魚介類	肉類	豆・豆製品	野菜		いも類	果物類	きのこ類	海藻類	砂糖類 調味料と嗜好品併せて	油脂類	穀類	純アルコール	嗜好品
							緑黄色	淡色									
A ※肥満症	BMI25以上 30未満	200	50	50	50	110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	50	50	20	個人により まちまち	個人により まちまち		
	BMI30以上	200	50			110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	50	50	10	個人により まちまち	個人により まちまち		
B 脂質異常症	LDLコレステロール 高い人 食品のコレステロール 200mg以下 (正常の人 300mg)	200	25	種類によってプリン体・コレステロールの含有量が違う	種類によってプリン体・コレステロールの含有量が違う	160 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	50	50	20	個人により まちまち	個人により まちまち	20g 週休 1~2日	
	中性脂肪	200	50			110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	50	50	20	個人により まちまち	個人により まちまち	禁酒	
C (高血糖) 糖尿病	吸収しやすい 糖質制限 (果物・砂糖)	200	50			110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal 厳守	50	50	10	個人により まちまち	個人により まちまち	20g 週休 1~2日 <small>糖質の入ったアルコールは控える</small>	
D 高尿酸	総プリン体量 300mg以下 注1	200	50			110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	50	50	20	個人により まちまち	個人により まちまち	20g 週休 1~2日	
E 高血圧	塩分制限 6g未満	200	50			110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	50	30	20	個人により まちまち	個人により まちまち	20g 週休 1~2日	
F C K D (腎臓)	eGFR 60以上 腎障害(+) 注2	200	50			110 (豆腐)	150	250	100	80 kcal	20	30	20 (糖尿病合併症の場合は10g)	個人により まちまち	個人により まちまち	男 20~30mg 女 10~20mg	

注1:セミナー生活習慣病
注2:eGFR・・・糸球体ろ過率

※肥満症治療ガイドライン2006

4) 目標体重で私の食事量を計算してみよう

目標体重で私の食事量を計算してみよう

1. 目標体重 **a** (kg) メタボの方は、目標体重を決めましょう！

体重 1kg 当りに必要なエネルギー

標準体重
身長 () m) × 身長 () m) × 2.2 = () kg)

表①

年齢 (歳)	基礎代謝基準値(kcal/kg/日)	
	男	女
1~2	61.0	59.7
3~5	54.8	52.2
6~7	44.3	41.9
8~9	40.8	38.3
10~11	37.4	34.8
12~14	31.0	29.6
15~17	27.0	25.3
18~29	24.0	22.1
30~49	22.3	21.7
50~69	21.5	20.7
70以上	21.5	20.7

2. あなたにとって必要な量は
表①→基礎代謝基準値×目標体重 **a** kg

kcal ×
 kg = **b** kcal

↑
1日の基礎代謝量
(横になって1日寝ている状態)

3. 生活状況の違いでプラスしていきます。

kcal ×
 = **c** kcal

↑
表② 生活状況強度 (1.3、1.5、1.7、1.9)
↑
1日のエネルギー所要量
(私の今の生活を維持していくための基本の量)

* 腎疾患 (CKD) の方の場合、
まず、たんぱく質量を計算します。
「腎臓-食資料」で計算していきます。
栄養士と相談しましょう

表②

強度	動作	時間	日常生活の内容
(1.3)	安静	12	散歩、買物など比較的ゆっくりした1時間程度の歩行のほか、大部分は座位での読書、勉強、談話、また座位や横になってのテレビ、音楽鑑賞などを行っている場合
	立つ	11	
	歩く	1	
	速歩	0	
(1.5)	安静	10	通勤、仕事などで2時間程度の歩行や乗車、接客、家事等立位での業務が比較的多いほか、大部分は座位での事務、談話などを行っている場合
	立つ	9	
	歩く	5	
	速歩	0	
(1.7)	安静	9	生活活動強度II (やや低い) の者が1日1時間程度は速歩やサイクリングなど比較的強い身体活動を行っている場合や、大部分は立位での作業であるが1時間程度は農作業、漁業などでの比較的強い作業に従事している場合
	立つ	8	
	歩く	6	
	速歩	1	
(1.9)	安静	9	1日のうち1時間程度は激しいトレーニングや材木の運搬、農繁期の農耕作業などのような強い作業に従事している場合
	立つ	8	
	歩く	5	
	速歩	1	
	筋運動	1	

注) 生活活動強度II (やや低い) は、現在、国民の大部分が該当するものである。生活活動強度III (適度) は、国民が健康人として、活発な生活活動をしている場合であり、国民の望ましい目標とするものである。

(日本人の栄養所要量第6次改定より)

4. 私の穀類と油脂の量をだしましょう。

2,000kcal 未満の場合	バランス食 1~3 群で摂れる量	
(イ) 脂質 c () × 0.25 ÷ 9kcal = () g - 約30g = () g		料理に使ってよい量
(ロ) 炭水化物 c () × 0.6 ÷ 4kcal = () g - 約80g - 砂糖 () g = () g ÷ 0.37 = () g ÷ 3食 = () g		1日のご飯量 1食のご飯量
<small>(所要量の50~60%)</small>		

2,000kcal 以上の場合	バランス食 1~3 群で摂れる量	
(イ) 脂質 c () × 0.25 ÷ 9kcal = () g - 約35g = () g		料理に使ってよい量
(ロ) 炭水化物 c () × 0.6 ÷ 4kcal = () g - 約80g - 砂糖 () g = () g ÷ 0.37 = () g ÷ 3食 = () g		1日のご飯量 1食のご飯量
<small>(所要量の50~60%)</small>		

5) ライフステージごとの食品の目安量

ライフステージごとの食品の目安量

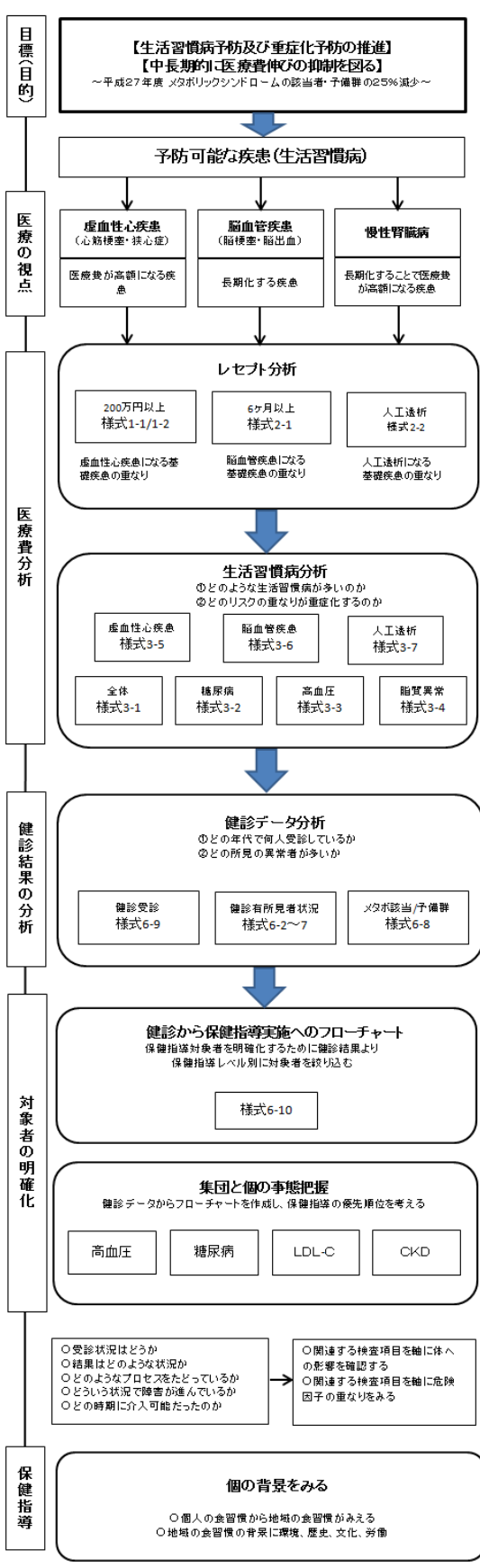
食品			妊娠						授乳期	乳児			幼児		小学生		中学生		高校生		成人	高齢者			
			前期	中期	後期	妊娠高血糖 尿糖+	妊娠高血圧症候群 尿糖-	妊娠高血圧症候群 尿糖±以上		6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6~8歳	9~11歳		12~14歳		15~17歳		70歳以上			
			0~16週未満	16~28週未満	28~40週					開始2カ月	開始4カ月	開始7カ月				男	女	男	女	男		女	男	女	男
						母乳・ミルク 900	母乳・ミルク 700	母乳・ミルク 600 (プレーンヨーグルト)																	
第1群	乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ミルク 900	母乳・ミルク 700	母乳・ミルク 600 (プレーンヨーグルト)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200	
	卵	Mサイズ 1個50g	50	50	50	50	50	50	50	卵黄5	卵黄~ 全卵25	卵黄~ 全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
第2群	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	肉類	薄切り肉 2~3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	5	0	40	40	70	80	100	80	165	120	165	110	110	110	110	
第3群	緑黄色野菜	人参 ほうれん草 トマトなど	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	20	30	45	70	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150	
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	すりおろし 30~40	すりおろし 50~70	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal
	きのこ	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30~50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50
第4群	穀類	ご飯3杯 (450g)	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	
	種実類 油脂	油大さじ1.5 (18g)	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	バター で2	バター で3	4	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	酒類(アルコール)		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20

參考資料

取組み主体別 目標項目

取組み主体		ライフステージ ・主な法律	生涯における各段階(あらゆる世代)					
			妊娠 胎児(妊婦) 0才	乳幼児期	学童期 18才	青年期 20才	働く世代(労働者) 40才	壮年期 65才
個人で達成すべき目標	個人・家庭	がん	がん検診の受診率の向上			75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少		
		循環器疾患	高血圧の改善 脂質異常症の減少			脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少		
		糖尿病	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少			合併症の減少 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)		
		CKD	新規透析導入患者数の減少					
		歯・口腔の健康	乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 妊婦中の歯科健診を受診した者の増加					
		食育(栄養・食生活)	適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) 適正体重の子どもの増加			低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制		
		身体活動・運動	健康な生活習慣を(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加			介護保険サービス利用者の増加の抑制		
		飲酒	妊婦中の飲酒をなくす			生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 (1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上)		
		喫煙	妊婦中の喫煙をなくす			成人の喫煙者の減少		
		休養 こころの健康	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少					
社会環境に関する項目	地域	コミュニティボランティア等	地域のつながりの強化 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加			就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上		
	職場	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 (栄養ケア・ステーション、薬局等)等	受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の低下			過労労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 食品中の塩分や脂肪の低減に取り組み食品企業及び飲食店の登録数の増加 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加		
	都道府県		小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加			住民が運動しやすいまちづくり環境整備に取り組み自治体数の増加 健康格差対策に取り組み自治体数の増加		
		国・マスメディア				慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上 ロコモティブシンドローム(運動機能低下)を認知している国民の割合の増加		

上天草市特定健診・特定保健指導実施の流れ(計画化の視点)



実態と課題の整理

○死亡統計

①高齢化率23.1%、国23.2%、県25.7%に比べて高い(17位/45市町村)、その人口10万対の死亡状況も高い
②心疾患の死亡率増加(H16:187.4→H22:241.6)
③早世率11.7%(H22:65歳未満死亡56人、総数477人)
④脳血管疾患 65歳未満の死亡率増加(H16:2.1%→H22:3.2%)
脳血管疾患は介護保険2号被保険者の6割を占めている(介護度も重症化しやすい)
⑤自殺者が国、県より高い(65歳未満死亡率全体の40%)

○財政安定化

①国保医療費(1人あたり医療費32万円/1人あたり保険給付27万円)は、県を大きく上回っているが、保険料の収納率は低く一般会計からの繰り入れが多く、市の財政を圧迫している

○早世・重症化予防

①第2号被保険者49名中、脳血管疾患 29名(59.2%)、複数の基礎疾患を併せ持っている人が多く、また、6割が働き盛りの男性で、長期療養、介護につながるなど本人の身体的・精神的・経済的影響(QOLの低下)及び社会保険費への影響が大きい→国保医療費の負担が増える
②第2号被保険者のうち健診受診率のある人が少なく、受診歴があっても事後管理(予防)ができていない
③200万円以上 74名中 虚血性心疾患51名(68.9%/約360万円/人)、脳血管疾患31名(41.9%/約380万円/人)、人工透析13名(17.6%/約520万円/人)、最高額約890万円/人
④高齢レセプトと生活習慣病(高血圧・糖尿病・高脂血症)の関係は大きく、心疾患・脳血管疾患・人工透析等の重症化につながっている
⑤健診受診率のある者が少ない(6人/74人中)→結果、予防可能な疾患を予防できずに重症化、長期療養、介護へつながっている

○CKD

①人工透析導入が全国、県平均を上回っており、特に後期高齢者の導入率が高い【資料5.6】
* 透析導入率 全国の1.6倍、新規透析導入率全国の1.5倍
* 75歳未満(H21県内1位、H22県内7位、H23県内16位)
* 75歳以上(H21県内6位、H22県内7位、H23県内10位)
②高血圧に起因する腎硬化症からの透析者が約8割【資料7】
③特定健診受診率も低く、CKD早期発見に結びつきにくい
④H23特定健診受診者2,087人中、生活習慣病等治療で腎専門医レベルの人が93人、未治療者で腎専門医レベルが4人【資料8-2】
⑤透析導入の基礎疾患として、糖尿病性腎症が増加傾向【資料9】
* H22新規透析者14人中、高血圧症5人、糖尿病5人
* 特定健診結果でHbA1c有所見者が割増
⑥妊婦の約3割が妊婦高血圧候群等を発症しやすい遺伝的要素をもっている【資料8-3,4】

○特定健診の受診率が低い

①健診受診率が低く(H20:23.1%→H21:24.7%→H22:22.9%)、県々率も低い(4年連続受診率低下)、医療受診開始は健診受診率の低下につながっている
②若い世代の受診率が低い(40-44歳 男性12.8%、女性17.0%/45-49歳 男性18.5%、女性18.6%/50-54歳 男性14.7%、女性21.6%)【資料9-6】

○特定健診結果

①高い肥満率 男性の約3割は肥満該当、血圧・LDL-C血糖等の動脈硬化の危険因子を併せ持っている人が多い(特に、高血圧・脂質異常症の重複が著明)
②H21健診受診者1,922人中、生活習慣病のコントロール不良者が428人/22.3%(様式6-10)
③重症高血圧は年々減少傾向(H18:2.3%→H22:0.3%)にあるが、治療中のコントロール不良者も多い(約4割)【資料12】
④糖尿病および予備群の増加、確認および新規受診者ともにHbA1c8.0%以上の重症高血糖者が存在【資料13,14】
⑤H22受診者のうちHbA1c8.0%以上の重症高血糖は13名/20名が健診中断者(合併症の危険性が極めて高い方)→重症化予防のためにフォローが重要【資料13,14】
⑥医療機関受診者のコントロール不良でCKDに繋がる動脈硬化のハイリスクとなっている

○ハイリスク対策検診結果

①受診者の8割が内臓肥満
②インスリン抵抗性のある者全員に肥満がみられた(BMI26~31)
③肥満を起因としない動脈硬化進展者の存在(特定健診結果だけでは判明しない潜在的なハイリスク者)

○特定保健指導

①保健指導率は約6割(H20:56.9%→H21:65.1%→H22:52.7%)、経年的な保健指導対象者となる人も多く改善率の把握が必要

○食の実態(モデル事業の住民の声)

・魚をよく食べる(漁業、釣り、近所かららら)・魚料理は煮つけ、刺身、焼き魚にするので塩分をよく摂る・お酒の肴には刺身が多く醤油に漬けて食べる・向にも醤油をかけて・醤油の代わりに鰹つゆを使うようになった・作り過ぎた野菜は漬物にして食べる(近所にもあげる)・アルコールは毎日(缶ビールと焼酎)・高合も多く飲めば飲む・農家で汗をかくので塩分をとるようになつてきている・朝はセールでよく買う(1日2回食べる)・おかずは大豆に盛って食べた方がいい・みかんの時期はちぎりながら食べる・農家では朝起きてお茶を飲むと仕事してから朝ごはんを食べる、毎日1時と2時におやつ(菓子パンが多い)を食べる・お茶代わりに缶コーヒーを1日何本も飲む

今後の方針(計画化)

◎早世・重症化予防

★(個人を重視した保健指導と世帯(ライフサイクル視点)を含めた継続的な保健指導の実施(自覚症状が出る前の予防期間の経年的管理が重要)

- ・ハイリスク者への継続した保健指導(重症高血圧、重症高血糖、腎専門医レベル)
- ・若い世代への健診の受診勧奨
- ・支援者の力量形成
- ・医療機関との連携

ハイリスク対策検診

・高度肥満者の動脈硬化進展に関するリスク管理(生活習慣の是正、必要時の服薬管理指導)

- ・肥満予防および高度肥満へ移行しないための保健指導
- ・ハイリスク対策検診の継続実施

◎生活習慣病予防対策

・妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病者への継続的なフォロー(乳幼児健診、学級等での保健指導)

◎CKD予防対策

①妊婦期

- ・妊婦届け時、ハイリスク要因のスクリーニング実施
- ・妊婦受診券から個人のデータ管理
- ・ハイリスク者(妊娠高血圧症候群、尿検査異常等)への保健指導
- ・2か月児検診で妊婦の経過を確認、必要に応じて尿尿、血圧測定を実施
- ・30歳以上には生活習慣病健診の勧め

②乳幼児期

- ・乳幼児健診で白尿が出た(再検査含む)は医療機関への受診勧奨
- ・ハイリスク者の台帳作成・管理

③成人期

- ・CKDはCVD(心血管疾患)発症の重要な危険因子となることから、特定健診受診者FR50未満者への保健指導を徹底する
- ・健診結果、腎専門医レベルの者の保健指導の徹底および継続支援
 - 尿蛋白(+)以上
 - 70歳以上 e-GFR50未満
 - 65歳以上 e-GFR50未満
- ・治療中者に対しては「CKD重症化予防連絡票」を活用し、医療機関との連携を図る
- ・未治療者に対しては専門医への受診勧奨を行う
- ・住民教育の実施
- ・高血圧、高脂血症、高血糖者等の動脈硬化へつながるハイリスク者に対しての保健指導の徹底

◎特定健診受診率の向上(未受診者対策)

- ・モデル地区健康事業
- ・継続した健診受診につなげられるよう保健指導時の徹底→健診リピーター率アップを図る
- ・地域ボランティアとの連携

慢性腎臓病(CKD)を予防するために

生活習慣

H23年度特定健診項目より
 <不適切な食生活>
 ・寝る前2時間以内の夕食
 週3回以上の割合 11.2%
 ・夕食後の朝食
 週3回以上の割合 8.5%
 ・朝食欠食
 週3回以上の割合 6.8%
 ・飲酒
 毎日飲酒する割合
 男性 41.2% 女性 4.5%
 飲酒をする人で1回あたり2合以上
 男性 14.1% 女性 4.9%
 <喫煙>
 喫煙あり 男性 22.2%
 女性 3.6%
 <肥満>
 男性:特定健診受診者の3割が肥満
 <運動不足>
 ・運動習慣がある人の割合36.6%
 ・睡眠不足>
 ・睡眠で休養が十分とれる76.2%

食の摂態
 ・魚をよく食べる(魚菜・釣りもらう)
 ・刺身・煮付け・焼き魚
 ・刺身はしょうゆに泳がせて食べる
 ・農薬で汗をかいたので、塩分をとっている
 ・アルコールは毎日。寄合等飲む機会が多い
 ・みかんの時期まちぎりながら食べる

母子保健

★妊婦健診(H22)
 ・血圧140mmHg以上
 または90mmHg以上
 15人(7.0%)
 ・尿蛋白(2+)以上
 21人(9.8%)

低出生体重児(2,500g未満)
 H22
 ・出生割合
 19人(9.5)
 熊本県は9.3

健診結果

健診結果の年次変化 (資料1)(資料2)
 <Ⅲ度高血圧>

年数	次年度健診未受診	改善
H20年	35人 (42.9%)	19人(54.3%)
H21年	11人 (8人(72.7%)	3人(27.3%)
H22年	6人 (2人(33.3%)	4人(66.7%)

 <HbA1c7.0以上>

年数	次年度健診未受診	改善
H20年	38人 (15人(39.5%)	12人(31.6%)
H21年	44人 (27人(61.4%)	1人(2.3%)
H22年	35人 (18人(51.4%)	7人(20.0%)

 ※Ⅲ度高血圧は減少。平成22年度健診未受診の1人がレセプトで確認しても治療に結びついていない。
 ※平成22年度HbA1c8.0以上13人のうち10人(76.9%)は23年度健診未受診。そのうち4人がレセプトで確認しても治療に結びついていない。
 ★特定健診受診率(組別)

	上天草市	熊本県
平成20年	23.1%	27.8%
平成21年	24.7%	31.6%
平成22年	22.9%	32.4%

 ★平成20年から23年までの受診者総数 3,227人 (資料3)
 このうち4年連続受診19.0% 3回受診17.4%
 2回受診21.6% 1回のみ受診42.1%とレセプト率減少
 ★特定健診の結果(H22) (資料4)(資料5)
 ・BMI25以上の肥満 男性33.5%、特に40歳代は46.7%と高い
 また高血圧・脂質異常症の重症が多い
 ・平成20～23年度 蛋白(2+)以上 60人
 ★ハイリスク対策健診結果
 BMI26以上の肥満者全員にインスリン抵抗性あり

医療費

H22年新規透析導入 14人 (資料6)(資料7)
 H18年5月分シテラデータ
 人工透析治療患者の約9割が高血圧を重複

	男性	女性	合計
人工透析治療患者数	50 (100.0%)	35 (100.0%)	85 (100.0%)
人工透析の高血圧	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
人工透析+O	29 (58.0%)	21 (60.0%)	50 (58.8%)
透析病	0 (0.0%)	2 (5.7%)	2 (2.4%)
高血圧	29 (58.0%)	19 (54.3%)	48 (56.5%)
人工透析+O	15 (30.0%)	11 (31.4%)	26 (30.6%)
透析病+高血圧	15 (30.0%)	11 (31.4%)	26 (30.6%)
合計	44 (88.0%)	32 (91.4%)	76 (89.4%)

 ★人工透析の患者数
 上天草市は全国の1.8倍
 また、新規透析導入者は全国の1.5倍
 ★透析の状況 平成23年5月診療分 (資料8-9)
 ①件数割合
 国保 0.39(県内16位)
 後期高齢 1.17(県内10位)
 ②診療費割合
 国保 8.0(県内16位)
 後期高齢 7.2(県内16位)
 ★基礎疾患に高血圧・高脂血症・糖尿病が重複している200万円以上の高額シテラでは虚血性心疾患が51人(74人中)約7割 (資料10)
 ★国保の一人当たり医療費(H22) (資料12)
 上天草市337,600円
 県平均 326,426円

介護保険

第2号被保険者(40～64歳)の認定者
 49人のうち(H22)
 脳血管疾患 29人(約6割)
 (原因疾患第1位)
 基礎疾患に
 高血圧・糖尿病がある
 健診受診歴がある人少ない
 介護度も重症化しやすい
 (資料11)
 平成20年
 介護保険利用中の透析患者
 は33名
 (介護保険と医療費あわせて
 一人当たり636万円/年)

死亡

(資料12)
 高齢化率 33.1%
 死因の順位(H22)
 2位 心疾患 72人
 人口10万対241.6
 (H16は187.4)
 全国 149.8 熊本県 163.6
 3位 脳血管疾患 47人
 人口10万対157.7
 (H16は139.8)
 全国 97.7 熊本県 106.1
 腎不全は13人
 人口10万対43.6
 (熊本県 22.6)
 64歳以下の早世
 上天草市 11.9%
 全国 14.8%
 熊本県 12.7%

指標

脳血管疾患・虚血性心疾患
 年齢調整死亡率
 (減少)

新規透析導入者
 (減少)

高血圧症の割合
 (減少)
 収縮期血圧180mmHg又は
 拡張期血圧110mmHg以上

血糖コントロール不良
 者の割合
 (減少)
 HbA1c
 8.0%以上

特定健診受診率
 (向上)

実態

課題計画

資料

①妊婦期
 ・妊婦健診時、ハイリスク要因のスクリーニング実施
 ・妊婦受診券から個人のデータ管理
 ・ハイリスク者(妊婦高血圧症候群、尿検査異常等)への保健指導
 ・経過を確認し、2か月児学級、乳幼児健診時に要し、尿検査・血圧測定実施
 ・30歳以上には生活習慣病健診を勧める
 ②乳幼児期
 ・1歳半健診・3歳児健診で尿蛋白が出た児は医療機関への受診勧奨
 ・ハイリスク者の台帳作成・管理

・特定健診受診率を上げる
 ※若い世代への健診受診勧奨
 ※継続した受診へつながるよう保健指導の徹底(リピーター率を上げる)
 ・ハイリスク者への継続した保健指導の充実を図る(重症高血圧、重症高血糖、腎専門医レベル)
 ・ハイリスク対策検診の継続
 ・支援者の力量向上
 ・CKDは心血管疾患発症の重要な危険因子となるため保健指導を徹底する
 ※尿蛋白(+)以上
 ※70歳未満 eGFR50未満
 ①「CKD重症化予防連絡票」の活用
 ②未治療者へは専門医への受診勧奨

・腎専門医療機関とかかりつけ医、コメディカル、行政の連携と役割の明確化
 ・個を重視した保健指導と世帯を含めた継続的な保健指導の実施
 ・腎検討会議の継続

・介護予防事業において生活習慣病予防の視点を入れる(血圧・腎機能悪化防止)

◆特定健診問診票

◆人口動態調査(H22)

◆特定健診等データ分析ソフト(H22・23年度)
 ◆あなみツール(H22・23年度)

◆H23国保医療費の疾病別統計状況

◆H22熊本県人口動態

平成22年度 月200万円以上のレセプト 生活習慣病を基準に抽出

	費用額	性別	年齢	高血圧	高脂血症	糖尿病	インスリン療法	高尿酸血症	心虚血変化	心洞調節不全	心その他	脳梗塞	脳出血	脳その他	腎臓疾患	肝臓疾患	人工透析	動脈硬化	動脈閉塞	網膜実性	腎臓障害	神経障害	主病	H22 健診歴	
1	8,926,520	男	70	○	○	○		○	○		○				○					○			高血圧症 胸部大動脈瘤置換術後		
2	8,182,700	男	73	○	○	○		○	○	○	○				○		○		○					急速進行性糸球体腎炎 結節性多発動脈炎	
3	7,214,090	女	53	○	○	○				○	○				○									高血圧 心不全 関節リウマチ	
4	7,051,650	女	60	○	○	○	○		○		○				○	○								統合失調症	
5	6,998,300	男	65	○	○	○	○		○	○	○			○	○		○		○	○				慢性腎不全	
6	6,102,780	男	72	○	○	○	○		○		○				○	○		○	○		○			脳血栓	
7	5,984,100	男	46	○	○	○	○					○			○									脳血栓	
8	5,949,760	女	63	○	○	○		○	○		○		○	○	○		○		○	○			○	慢性腎不全	
9	5,813,240	男	72	○	○	○	○	○		○		○												頭蓋内損傷及び内臓の損傷	
10	5,637,370	男	67	○	○	○	○	○	○	○	○							○		○				狭心症 心不全	
11	5,604,920	男	60	○	○	○		○		○	○				○		○	○						不整脈	有
12	5,533,300	女	49	○	○	○					○				○	○				○	○			慢性腎不全	
13	5,451,730	女	49	○	○	○			○		○		○		○	○				○	○			ネフローゼ症候群 慢性腎不全	
14	5,430,250	男	66	○	○	○		○			○				○									慢性腎不全	
15	5,426,080	女	51	○	○	○				○	○	○		○	○	○		○	○		○			慢性閉塞性動脈硬化症	
16	5,059,910	男	66	○	○	○		○	○	○	○	○			○	○								心不全	
17	5,012,780	女	60	○	○	○			○		○				○									慢性腎不全	
18	4,867,820	女	65	○	○	○			○		○				○		○		○	○	○			慢性腎不全	
19	4,834,680	女	72	○	○	○					○				○							○		高血圧症 高脂血症	有
20	4,751,670	男	73	○	○	○			○		○								○					慢性心不全PTCA術後 高脂血症	
21	4,696,560	男	68	○	○	○		○	○		○		○											変形性膝関節症 高血圧症	
22	4,694,480	女	64	○	○	○		○	○		○	○							○					脳血栓	
23	4,336,130	男	63	○	○	○					○				○	○				○	○			糖尿病	
24	4,314,010	男	66	○	○	○			○		○													高血圧 狭心症 慢性閉塞性肺疾患	
25	3,879,910	男	68	○	○	○			○		○	○							○					虚血性心疾患	
26	3,788,410	男	65	○	○	○			○						○							○		高血圧 高脂血症 糖尿病	
27	3,694,610	男	62	○	○	○				○	○	○			○								○	多発性脳梗塞	
28	3,584,670	男	72	○	○	○			○						○					○	○			糖尿病	
29	3,527,010	男	69	○	○	○					○				○	○			○	○	○			悪性新生物 糖尿病	
30	3,482,950	男	71	○	○	○	○	○			○	○			○	○								慢性腎不全	
31	3,445,090	女	66	○	○	○	○	○							○		○							慢性腎不全	
32	3,430,030	男	72	○	○	○	○		○		○				○	○							○	不安定狭心症	
33	3,414,870	男	63	○	○	○			○	○	○	○						○		○				統合失調症	
34	3,366,020	女	41	○	○	○				○	○				○									良性新生物及びその他の新生物	
35	3,188,810	男	70	○	○	○			○	○		○			○									うつ病 高血圧症	
36	3,074,250	女	73	○	○	○			○		○									○	○	○		糖尿病	
37	3,073,550	男	66	○	○	○			○		○													急性心筋梗塞 ステンント 植え込み術	
38	3,069,680	女	73	○	○	○	○		○	○	○	○			○							○	○	脊椎障害(脊椎症を含む)	
39	2,934,430	男	72	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○								その他の消化器系の疾患	

ライフサイクルにおける健診と対策

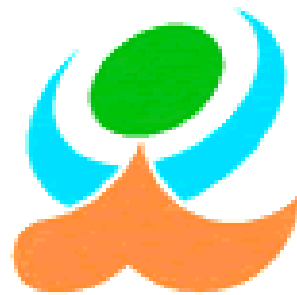
ライフサイクル	幼児	学童・学生					成人			
健診対象年齢	3歳児	幼稚園 (4・5・6歳)	小学校 (7～12歳)	中学校 (13～15歳)	高等学校 (16～18歳)	大学 (19～22歳)	就労	妊娠中	被扶養者 (40歳～)	勤労者と家族 (40歳～74歳)
健診名	3歳児健診	学校検尿(地域により学校腎臓病検診)					職域検診	妊婦検診	基本健診	H20～ 特定健診
検視法	母子保健法	学校保健法					労働安全衛生法	母子保健法	老人保健法	高齢者医療確保法
腎臓の視点での健康実態把握	検査及び問診項目	尿蛋白 尿潜血 ↓ 腎に関する疾患の現病歴・既往歴					尿蛋白 尿潜血 ↓ クレアチニン 尿酸 ↓ 妊娠高血圧 非妊娠の既往			
	家族世帯	・腎疾患の家族歴 ・生活習慣								
	地域	・保健師は地域特有の生活習慣を把握					・各種健診結果を把握、管理 ・健康に関する情報を集約			

☐・・・医療保険者によっては実施している

第2期 上天草市健康づくり推進計画

平成25年3月発行

発行 上天草市
編集 上天草市健康福祉部健康づくり推進課
〒861-6192 上天草市松島町合津7915-1
TEL 0969-28-3356
FAX 0969-56-3307
上天草市ホームページ <http://www.city.kamiamakusa.kumamoto.jp/>



第2期
上天草市健康づくり推進計画